

UČINCI PANDEMIJE NA DOSTUPNOST ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U HRVATSKOJ

Šime Smolić¹, Nikola Blaževski², Margareta Fabijančić³

Sažetak

Usljed pandemije bolesti Covid-19, zdravstveni sustavi diljem svijeta našli su se pred velikim izazovima. U uvjetima preusmjerenja zdravstvenih resursa za liječenje zaraženih novim koronavirusom i kontrolu širenja epidemije, jedan od glavnih ciljeva bio je očuvati dostupnost zdravstvene zaštite za sve ostale kategorije stanovništva. U početnom tzv. prvom valu pandemije, a pogotovo krajem 2020. i 2021. godine, bolnički kapaciteti bili su prepravljani oboljelim od bolesti Covid-19. Takva situacija smanjila je dostupnost zdravstvene zaštite za osobe s drugim zdravstvenim problemima, nepovezanim s bolesti Covid-19. Točnije, zakazani liječnički pregledi i medicinski zahvati su odgađani, dok su nekima zahtjevi za medicinskim tretmanima odbijeni. Nadalje, mnogi su tijekom pandemije odustajali od pregleda ili medicinskih zahvata zbog straha od zaraze koronavirusom, često i zbog raširene percepcije o širenju zaraze u zdravstvenim ustanovama. Glavni cilj ovog rada je analizirati utjecaj bolesti Covid-19 na dostupnost zdravstvene zaštite u europskim zemljama, odnosno istražiti koje skupine stanovništva su bile najranjivije kada govorimo o preprekama u pristupu zdravstvenoj zaštiti. Kako bi se istražila obilježja Europljana starih 50 i više godina, koji su se suočavali s preprekama u pristupu zdravstvenoj zaštiti, analiziraju se podatci na uzorku iz prvog (n = 57134) i drugog (n = 48874) istraživanja SHARE Corona. Istraživanje SHARE Corona provedeno je u ljeto 2020. i ponovno u ljeto 2021. uz pomoć kraće telefonske ankete u 27 europskih zemlja i Izraelu, a cilj mu je bio istražiti razne aspekte života osoba starih 50 i više godina i više nakon izbijanja pandemije. Analize, s posebnim naglaskom na uzorak ispitanika iz Hrvatske, ukazuju na to da su osobe lošijeg zdravlja, one s više kroničnih bolesti ili osobe u teškoj ekonomskoj situaciji, imale veće šanse za nepodmirene zdravstvene potrebe tijekom pandemije. Ovim radom se ukazuje na potrebu učinkovitijeg planiranja pružanja zdravstvene zaštite tijekom i nakon pandemije kako se ne bi povećale zdravstvene nejednakosti.

Ključne riječi: zdravstvene potrebe, pandemija, Covid-19, istraživanje SHARE Corona, Hrvatska, starije osobe

¹ Ekonomski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; ssmolic@efzg.hr

² Ekonomski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; nblazevski@efzg.hr

³ Ekonomski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; mfabijancic@efzg.hr

1. UVOD

Od prvih slučajeva infekcije virusom SARS-CoV-2 krajem 2019. u Kini, pa do proglašenja globalne pandemije bolesti Covid-19 11. ožujka 2020. godine, prošlo je samo nekoliko mjeseci, ali su se od tada svijet i način života kakvog smo poznavali promijenili iz temelja (Cucinotta i Vanelli, 2020; WHO, 2020). Zdravstveni sustavi među prvima su se suočili s posljedicama brzog širenja zaraze početkom 2020. u tzv. početnom ili prvom valu pandemije, a posebice zdravstveni sustavi u europskim zemljama (OECD i EU, 2020). Primjeri iz bolnica u Francuskoj (Salje et al., 2020), Italiji (Nava et al., 2020) ili Španjolskoj (Arango, 2020) sugeriraju na dramatičan porast hospitalizacija na početku pandemije. Iako je većina zemalja pandemiju dočekala nespremna, postoje primjeri brzog povećanja bolničkih kapaciteta u prvom valu pandemije, uslijed postojećih protokola i resursa za proširenje kapaciteta u slučaju zdravstvene krize (npr. u Belgiji), aktiviranja kapaciteta koji nisu bili u upotrebi ili reduciranja npr. kirurških zahvata koji nisu hitni (WHO et al., 2021).

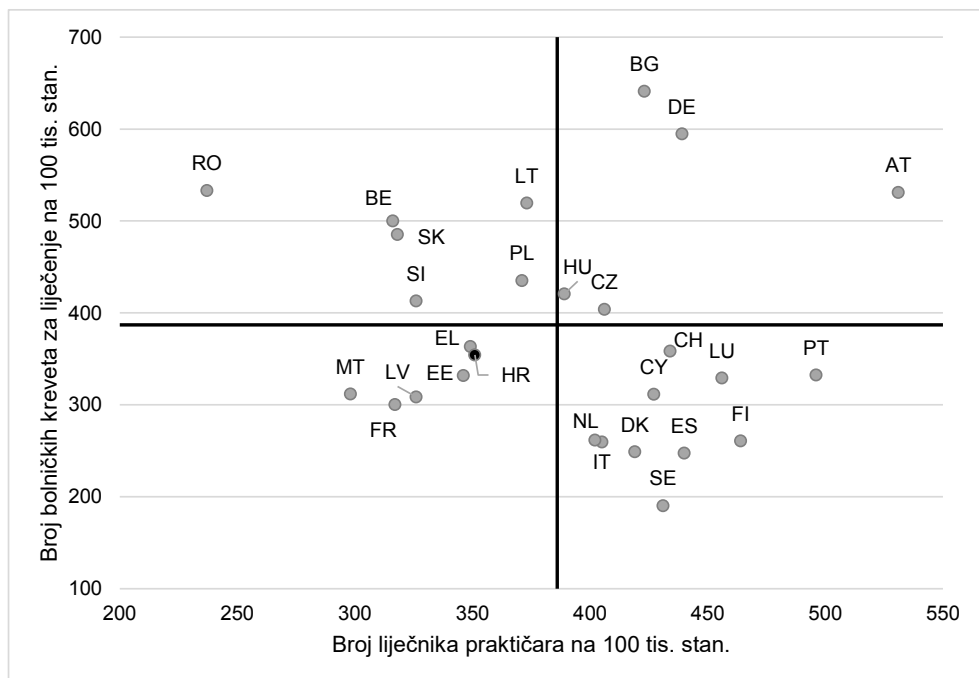
Učestali proboji i širenje koronavirusa prisilili su već preopterećene zdravstvene ustanove na reorganizaciju i redefiniranje režima rada. Bolnice su te koje su često bile na rubu izdržljivosti, a veliki broj zaraženih zdravstvenih radnika uzrokovao je dodatne poteškoće u pružanju zdravstvene zaštite (Sim, 2020). Nadalje, liječnici u primarnoj zdravstvenoj zaštiti češće su pružali zdravstvenu zaštitu na daljinu (tzv. telemedicina ili „medicina na daljinu“), a preventivni zdravstveni programi značajno su se usporili ili u potpunosti obustavili (vidi npr. Bokolo, 2020). U većini zemalja Europske unije (EU) došlo je do značajnog smanjenja obujma i oblika ili potpune obustave dostupnih zdravstvenih usluga. Pad posjeta zabilježen je u hitnim službama, kod liječenja akutnih stanja te izvanbolničkim uslugama, primjerice u Francuskoj, Ujedinjenoj Kraljevini, Italiji, Njemačkoj, Belgiji, dok su veliki poremećaji u pružanju skrbi za onkološke bolesnike uočeni u Italiji, Španjolskoj i Nizozemskoj (OECD i EU, 2020). Pružanje zdravstvene skrbi u najboljim je slučajevima odgađano, no pojedinci su često odustajali od pregleda ili medicinskih zahvata zbog straha od zaraze koronavirusom u zdravstvenim ustanovama. Nekad je zdravstvenu zaštitu bilo nemoguće dobiti zbog strogih mjera za sprečavanje širenja epidemije, npr. ograničena sloboda kretanja u nekim zemljama (vidi Hale et al., 2020 za više pojedinosti o ograničenjima putovanja) ili zbog odluka o preraspodjeli zdravstvenih resursa u pandemiji (Czeisler et al., 2020; Vergano et al., 2020).

Prema *COVID-19 Health System Response Monitoru (HSRM)*⁴ (profil mjera i odgovora pojedinih zemalja na pandemiju bolesti Covid-19) Hrvatska je pripreme za odgovor na pandemiju započela tjednima prije pojave prvog slučaja (25. veljače 2020.).

⁴ Health System Response Monitor (HSRM) (2021). World Health Organization. Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies. Compare countries page. COVID-19 Health System Response Monitor web site. Dostupno na <https://www.covid19healthsystem.org/main-page.aspx>

Bolnice su trebale reorganizirati rad u pandemiji npr. povećanjem kapaciteta u intenzivističko-respiratornim centrima. Liječnici obiteljske medicine dobili su upute da s pacijentima kontaktiraju telefonom, elektroničkom poštom ili videokonferencijski, kad god je to moguće. Također, bolnice su primale samo hitne slučajeve i ograničile tzv. hladni pogon, osim za onkološke bolesnike i trudnice. Rezultat mjera za suzbijanje širenja pandemije u prvom valu vidljiv je kroz povećani broj liječničkih konzultacija putem elektroničke pošte i/ili telefona i manji broj obavljenih medicinskih postupaka u bolnicama. Primjerice, broj zahvata u javnim bolnicama u 2020. u odnosu na 2019. smanjio se za 13%, a broj liječenih slučajeva za gotovo 20% (CEZIH, 2021; WHO et al., 2021). Ako pogledamo Sliku 1 i kapacitete s kojima je Hrvatska raspolagala netom prije pandemije, vidimo da su oba pokazatelja – broj liječnika i bolničkih kreveta na 100 tisuća stanovnika – ispod prosjeka 27 država EU. U uvjetima pandemije bolesti Covid-19, nedostatak liječnika, specifične medicinske opreme i bolničkih kreveta negativno su utjecali na otpornost zdravstvenog sustava (Legido-Quigley et al., 2020; Haldane et al., 2021). To se nažalost obistinilo krajem 2020. i početkom 2021. kada su se zdravstveni sustavi, uglavnom u postsocijalističkim članicama EU, našli pred kolapsom (Salzmann, 2020).

Slika 1. Kapaciteti zdravstvenog sustava – broj liječnika i kurativnih bolničkih kreveta na 100 tisuća stanovnika, 2019. godina



Izvor: Izrada autora prema Eurostat (2022a; 2022b). Horizontalna i okomita linija predstavljaju prosjek za EU-27.

Usmjerenost zdravstvenih sustava na pružanje zdravstvene zaštite oboljelima od bolesti Covid-19 rezultirala je smanjenjem primjerene i pravovremene skrbi pojedincima sa zdravstvenim stanjima koja nisu povezana s tom bolesti. Kako bismo bolje istražili učinke pandemije na dostupnost zdravstvene zaštite u Hrvatskoj, ali i ostalim članicama EU, analiziramo podatke prikupljene u istraživanju SHARE Corona iz 2020. i 2021. godine. Glavni cilj je utvrditi obilježja pojedinaca starih 50 i više godina koji su se suočavali s preprekama kod dobivanja zdravstvene zaštite i to netom nakon prvog vala pandemije početkom ljeta 2020. pa do ljeta 2021. godine. U radu je naglasak stavljen na osobe u dobi od 50 i više godina koje su posebno zanimljive s obzirom na to da u toj dobnoj skupini bilježimo najveću zdravstvenu potražnju i potrošnju (Williams et al., 2019). Štoviše, danas također znamo da je pandemija najteže pogodila upravo starije i osobe s dugotrajnim zdravstvenim problemima. Radi se dakle o najranjivijim skupinama stanovništva, a u prilog tome govori činjenica da je većina smrtnih slučajeva od bolesti Covid-19 zabilježena kod osoba starijih od 60 godina, kod korisnika domova za starije i nemoćne i osoba s drugim komorbiditetima (OECD i EU, 2020). Bolje razumijevanje obilježja osoba kojima je pristup zdravstvenom sustavu bio otežan, važno je za pripremu mjera i politika kojima bi se ublažile dugoročne negativne posljedice po zdravlje, ali i spriječilo povećanje zdravstvenih nejednakosti. U nastavku rada prikazuje se metodološki okvir istraživanja SHARE Corona, metode i podatci. Nakon toga prezentiraju se deskriptivni i rezultati inferencijalne analize te zaključak i preporuke nositeljima zdravstvene politike.

2. METODE I PODATCI

2.1. Metodološki okvir studije SHARE

Kako bi se bolje razumio način na koji proces demografskog starenja utječe na europska društva te kako bi razdvojili utjecaje različitih kultura, povijesnih okolnosti i javnih politika (Börsch-Supan et al., 2013), na inicijativu Europske komisije 2004. pokrenuta je studija SHARE - Istraživanje o zdravlju, starenju i umirovljenju u Europi (engl. Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) (Börsch-Supan et al., 2005). SHARE predstavlja „prirodni laboratorij“ za proučavanje procesa demografskog starenja gdje se diljem Europe longitudinalno (anketiranjem istih pojedinca u dvogodišnjim ciklusima) prikupljaju multidisciplinarni podatci (ponajviše ekonomski, zdravstveni i socijalni, ali i brojni drugi) o životima osoba u dobi od 50 i više godina i njihovih partnera. SHARE je istraživačka podatkovna infrastruktura koju je Europska komisija pozicionirala kao jedan od prioriternih projekata u europskome istraživačkom prostoru i 2011. godine dodijelila joj posebni pravni status konzorcija europske istraživačke infrastrukture (engl. European Research Infrastructure Consortium – ERIC). U ovoj multidisciplinarnoj i transnacionalnoj bazi mikropodataka o zdravlju, socioekonomskom statusu te društvenim i obiteljskim mrežama nalaze se informacije o više od 140000 osoba u dobi od 50 ili više godina iz 28 europskih ze-

malja i Izraela. Danas studija SHARE ima status najvećega i najvažnijega longitudinalnog istraživanja u Europi iz društvenih znanosti te stvara *ex-ante* harmonizirane podatke najviše kvalitete koji omogućuju međunarodne usporedbe zdravstvenih, ekonomskih i socijalnih ishoda diljem Europe i SAD-a (Börsch-Supan et al., 2013).

Hrvatska se studiji SHARE priključila u šestom valu 2015. kao jedina nova zemlja. Sedmi val studije SHARE proveden je 2017. u 28 europskih zemalja, čime je postignuta puna pokrivenost među zemljama članicama EU. Krajem 2019. započelo je prikupljanje podataka u osmom valu i to s panel-ispitanicima koji su sudjelovali u šestom i/ili sedmom valu. Međutim, zbog širenja pandemije koronavirusa, između 10. i 23. ožujka 2020., sve zemlje sudionice prekinule su anketiranje, pa tako i Hrvatska. S obzirom na novonastalu epidemiološku situaciju, zemlje sudionice studije SHARE reagirale su tako što su osmislile novu anketu. Odgovor zajednice SHARE na pandemiju bolesti Covid-19 bilo je istraživanje SHARE Corona (Smolić et al., 2020). Anketni upitnik u istraživanju SHARE Corona dizajniran je za telefonsku anketu (engl. Computer Assisted Telephone Interview – CATI), u trajanju od oko 20 – 25 minuta. Upitnik pokriva najvažnije domene života ciljne populacije i postavlja konkretna pitanja o infekciji i promjenama u životu tijekom faza zatvaranja. Ti dijelovi upitnika su: 1) zdravlje i zdravstveno ponašanje, 2) mentalno zdravlje, 3) infekcije i zdravstvena zaštita, 4) promjene na poslu i ekonomska situacija i 5) socijalne mreže. U prvom istraživanju SHARE Corona (tzv. 1. val) koje je provedeno od lipnja do kolovoza 2020., prikupljeni su podatci od oko 57000 ispitanika u dobi od 50 i više godina u 28 zemalja (vidi Scherpenzeel et al., 2020). U Hrvatskoj je u prvom istraživanju SHARE Corona prikupljeno skoro 2200 intervjua. Do sredine kolovoza 2021. u svih 28 zemalja dovršeno je i drugo istraživanje SHARE Corona (tzv. 2. val) u sklopu devetog vala studije SHARE i to s istim ispitanicima koji su sudjelovali u prvom istraživanju 2020. Upitnik za drugo istraživanje SHARE Corona prilagođen je kako bi obuhvatio nova događanja povezana s pandemijom – cijepljenje protiv bolesti Covid-19, medicinske konzultacije na daljinu, testiranje na koronavirus, rad od kuće itd. U drugom SHARE Corona istraživanju prikupljeni su podatci od oko 50000 ispitanika u svih 28 zemalja, a u Hrvatskoj od približno 2000 (Smolić, 2021).

2.2. Korištene varijable

U prvom, deskriptivnom dijelu rada, analiziraju se podatci o udjelima ispitanika starih 50 i više godina koji su se suočavali s preprekama u pristupu zdravstvenoj zaštiti tijekom pandemije koronavirusa. Za analizu nepodmirenih zdravstvenih potreba koristimo se sljedećim (zavisnim) varijablama:

1. **Odustajanje** od medicinskog tretmana zbog straha od zaraze koronavirusom – binarna varijabla jednaka jedan ako je ispitanik izjavio da je izbjegavao korištenje zdravstvene zaštite zbog straha od zaraze koronavirusom (u suprotnom nula). Korišteno je pitanje „CAQ005 *Od izbijanja epidemije koronavirusa, jeste*

li odustali od medicinskog tretmana zbog toga što ste bojali da ćete se zaraziti koronavirusom?“ iz prvog SHARE Corona upitnika i pitanje „CAQ105 [Od Vašeg zadnjeg intervjua/Od srpnja 2020.], jeste li odustali od medicinskog tretmana zbog toga što ste bojali da ćete se zaraziti koronavirusom?“ iz drugog SHARE Corona upitnika.

2. **Odgoda** zakazanih zdravstvenih pregleda – binarna varijabla jednaka jedan ako je ispitanik izjavio da mu je zakazani zdravstveni pregled odgođen zbog koronavirusa (u suprotnom nula). Korišteno je pitanje „CAQ010 *Jeste li imali zakazani zdravstveni pregled, koji je liječnik ili zdravstvena ustanova odlučila odgoditi zbog koronavirusa?*“ iz prvog SHARE Corona upitnika i pitanje „CAQ110 [Od Vašeg zadnjeg intervjua/Od srpnja 2020.], jeste li imali zakazani zdravstveni pregled, koji je liječnik ili zdravstvena ustanova odlučila odgoditi zbog koronavirusa?“ iz drugog SHARE Corona upitnika.
3. **Odbijanje** (uskrata) zdravstvenih pregleda ili medicinskih tretmana – binarna varijabla jednaka jedan ako je ispitanik izjavio da mu je traženi zdravstveni pregled ili medicinski tretman odbijen zbog koronavirusa (u suprotnom nula). Korišteno je pitanje „CAQ015 *Jeste li od izbijanja epidemije koronavirusa tražili termin za medicinski tretman i niste ga dobili?*“ iz prvog SHARE Corona upitnika i pitanje „CAQ115 [Od Vašeg zadnjeg intervjua/Od srpnja 2020.], jeste li tražili termin za medicinski tretman i niste ga dobili?“ iz drugog SHARE Corona upitnika.

Uzorci po zemljama i podatci o tri dimenzije nepodmirenih zdravstvenih potreba prikazani su u Prilogu 1 i Prilogu 2 rada (Börsch-Supan, 2022a-j).

U drugom dijelu, modelom logističke regresije procjenjujemo varijable koje opisuju tri dimenzije nepodmirenih zdravstvenih potreba, prvo za sve promatrane zemlje, a zatim posebno za Hrvatsku. Kao prediktore, koristimo set sociodemografskih, ekonomskih i zdravstvenih varijabli. Od demografskih varijabli korištene su spol i dob, pri čemu je dob podijeljena u tri kategorije (50-64, 65-79 i 80+). Od socioekonomskih varijabli koristimo binarnu varijablu subjektivni doživljaj financijskog položaja kućanstva (kućanstva bez financijskih poteškoća u odnosu na kućanstva s financijskim poteškoćama). Ispitanici su grupirani u tri kategorije obrazovanja u skladu s ISCED-97 klasifikacijom i prema podacima iz ranijih valova studije SHARE počevši od prvog pa sve do osmog vala (nisko, srednje i visoko obrazovanje, odnosno razine 0-1, 2-4 i 5-6), dok su po području stanovanja ispitanici grupirani u dvije kategorije; ruralno ili urbano. Fizičko zdravlje opisano je brojem kroničnih zdravstvenih stanja u trenutku intervjua (npr. dijabetes ili povišena razina šećera u krvi, povišeni krvni tlak ili hipertenzija itd.) te binarnom varijablom samoprocjene vlastitog zdravlja ispitanika (dobro i bolje zdravlje vs. prosječno ili lošije). Dodatno je korištena i binarna varijabla o redovitom dobivanju kućne njege, kako bi se obuhvatile posebno ranjive skupine starijih osoba. Podatci koje koristimo obuhvaćaju podatke iz prvog i drugog vala SHARE Corona istraživanja, kao i podatke iz prethodnih valova studije SHARE. Radni uzorak obuhvaća podatke od 57134 ispitanika iz prvog i 48874 ispitanika iz drugog istraživanja SHARE Corona, starih 50 i više godina, iz 27 europskih zemalja i Izraela. U svim analizama koriste se ponderirani podatci (za pondere

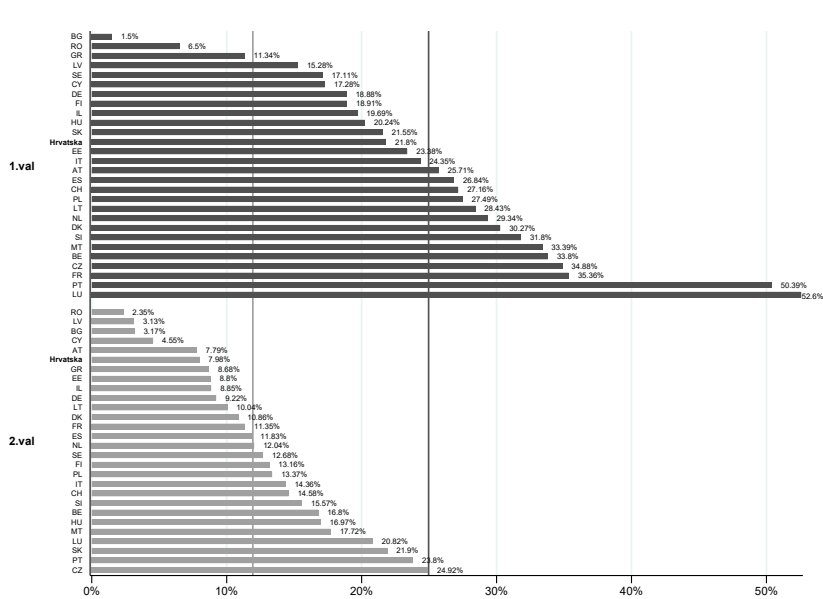
se koriste *calibrated cross-sectional individual weights*) kako bi analize na uzorku bile reprezentativne za ciljnu populaciju osoba starih 50 i više godina.

3. REZULTATI

3.1. Rezultati deskriptivne analize

Na početku promatramo udio ispitanika starih 50 i više godina koji su odustali od medicinskog tretmana zbog straha od zaraze koronavirusom (Slika 2). Analizom podataka prvog istraživanja SHARE Corona (1. val na Slici 2), možemo primijetiti velike razlike među promatranim zemljama. Udio ispitanika koji je zbog straha od zaraze odustao od zdravstvene zaštite nalazi se u rasponu od malo ispod 4% u Španjolskoj do preko 25% u Izraelu. U Hrvatskoj je taj udio bio malo ispod 8%. U nastavku pandemije, a prema podacima drugog istraživanja SHARE Corona (2. val na Slici 2), dolazi do pada udjela osoba kod kojih je strah od zaraze koronavirusom bio uzrok odustajanja od zdravstvene zaštite. Na razini svih zemalja udio je pao s 12% na 9%, a u Hrvatskoj s već spomenutih 8% na 6,5%. Treba naglasiti da neke zemlje bilježe i rast udjela ispitanika koji su odustali od zdravstvene skrbi zbog straha od zaraze, poput Mađarske, Malte i Nizozemske.

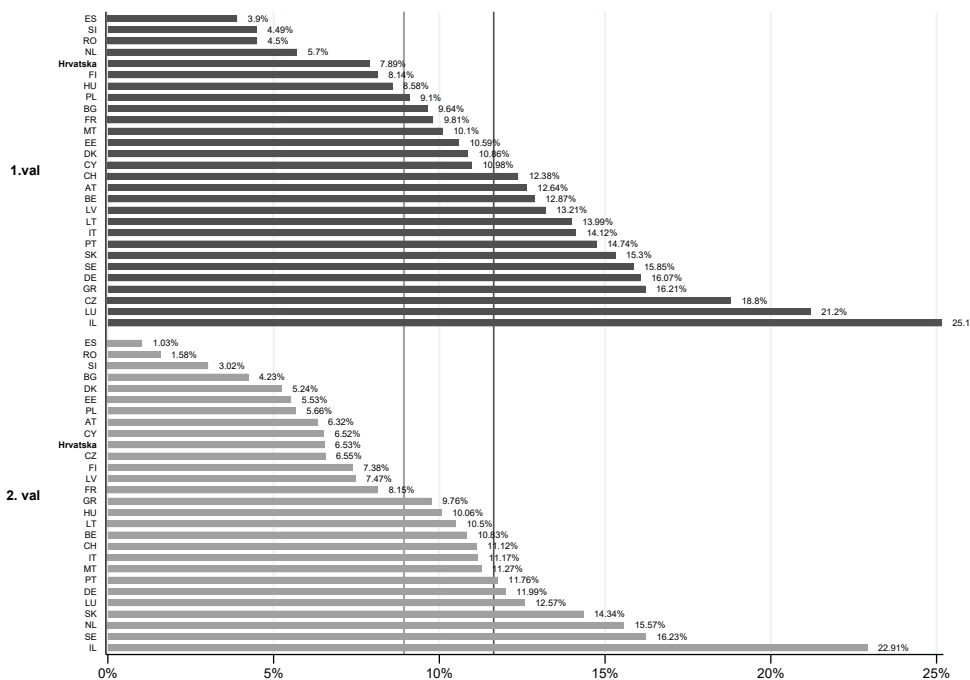
Slika 2. Odustajanje od medicinskog tretmana zbog straha od zaraze koronavirusom (udjeli osoba starih 50 i više godina)



Izvor: izrada autora na temelju podataka iz prvog i drugog istraživanja SHARE Corona (Börsch-Supan, 2022i; Börsch-Supan, 2022j). Vertikalne linije označavaju prosjek za sve zemlje.

Nadalje, ako promotrimo udjele osoba starih 50 i više godina kojima je zakazani pregled odgođen (Slika 3), možemo vidjeti da su u prvom valu posljedice na pristup zdravstvenoj zaštiti bile najblaže u Bugarskoj (1,5%), a najteže u Luksemburgu (52,5%). U Hrvatskoj je otprilike svaka peta osoba stara 50 i više godina izjavila da joj je zakazani pregled odgođen. Kao i u slučaju udjela ispitanika koji su odustali od zdravstvene zaštite zbog straha od zaraze, u nastavku pandemije dolazi do pada udjela ispitanika kojima je zakazani pregled odgođen. To pokazuje da su zdravstveni sustavi promatranih zemalja izvukli lekcije iz prvog vala pandemije i uspješnije organizirali pružanje zdravstvene zaštite. Na razini svih zemalja, udio je pao s 25% na 12%, dok je u Hrvatskoj smanjen na 8%, što opet pokazuje da se hrvatski zdravstveni sustav u nastavku pandemije smanjio ograničenja u pristupu zdravstvenoj zaštiti. Ponovno treba naglasiti da pad udjela ispitanika kojima je zakazani pregled ili tretman odgođen nije zabilježen u svim zemljama; u Slovačkoj je zabilježen blagi rast.

Slika 3. Odgođeni zakazani zdravstveni pregledi (udjeli osoba starih 50 i više godina)

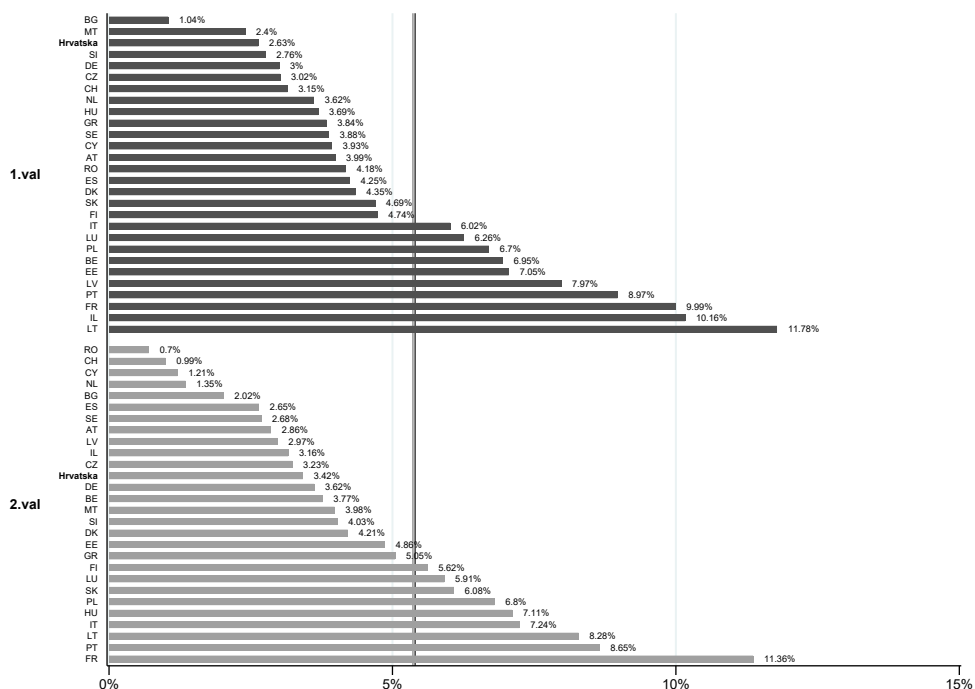


Izvor: izrada autora na temelju podataka iz prvog i drugog istraživanja SHARE Corona (Börsch-Supan, 2022i; Börsch-Supan, 2022j). Vertikalne linije označavaju prosjek za sve zemlje.

Ako pogledamo udio ispitanika koji unatoč traženju nisu dobili zdravstveni pregled ili medicinski tretman, vidjet ćemo da je došlo vrlo blagog pada s 5,4% na 5,36% između dva vala (Slika 4). Prema podatcima prvog vala ispitanici u dobi od 50 i više

godina iz Bugarske osjetili su najmanja ograničenja u pristupu zdravstvenoj zaštiti prema ovoj kategoriji; samo 1% suočio se s odbijanjem nakon što su zatražili neki medicinski tretman. Udio ispitanika koji su tražili zdravstveni pregled ili medicinski tretman, ali ih nisu dobili, bio je u prvom valu najviši u Litvi (oko 12%), a u drugom valu u Francuskoj (preko 11%). Prema podacima iz prvog i drugog istraživanja SHARE Corona, u Hrvatskoj je došlo do rasta udjela ispitanika koji su tražili zdravstveni pregled ili medicinski tretman, ali ih nisu dobili, s 2,6% na 3,4%.

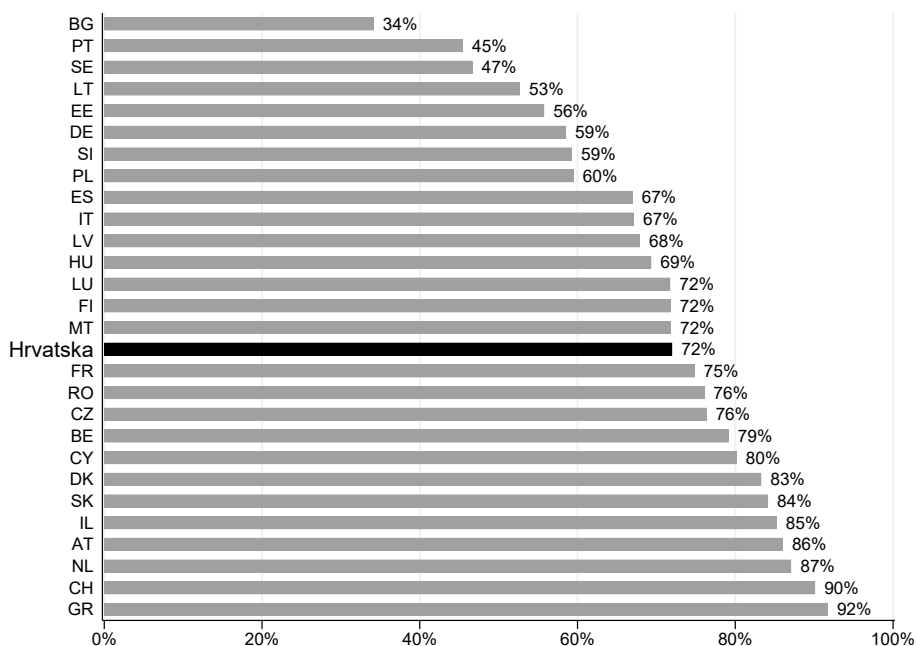
Slika 4. Odbijeni zdravstveni pregledi ili medicinski tretmani (udjeli osoba starih 50 i više godina)



Izvor: izrada autora na temelju podataka iz prvog i drugog istraživanja SHARE Corona (Börsch-Supan, 2022i; Börsch-Supan, 2022j). Vertikalne linije označavaju prosjek za sve zemlje.

Drugo istraživanje SHARE Corona omogućuje nam uvid u podatak o udjelu ispitanika koji su u međuvremenu (između ljeta 2020. i 2021.) dobili odgođene zakazane preglede ili tretmane. Zbog veličine uzorka, koncentrirali smo se na udio ispitanika koji su dobili odgođeni pregled ili tretman kod specijaliste ili zubara. Na Slici 5 vidimo da se Hrvatska nalazi otprilike na sredini između promatranih zemalja, s udjelom od 72% ispitanika kojima je nadoknađen odgođen pregled ili medicinski tretman kod specijaliste ili zubara.

Slika 5. Nadoknađeni odgođeni zdravstveni pregledi

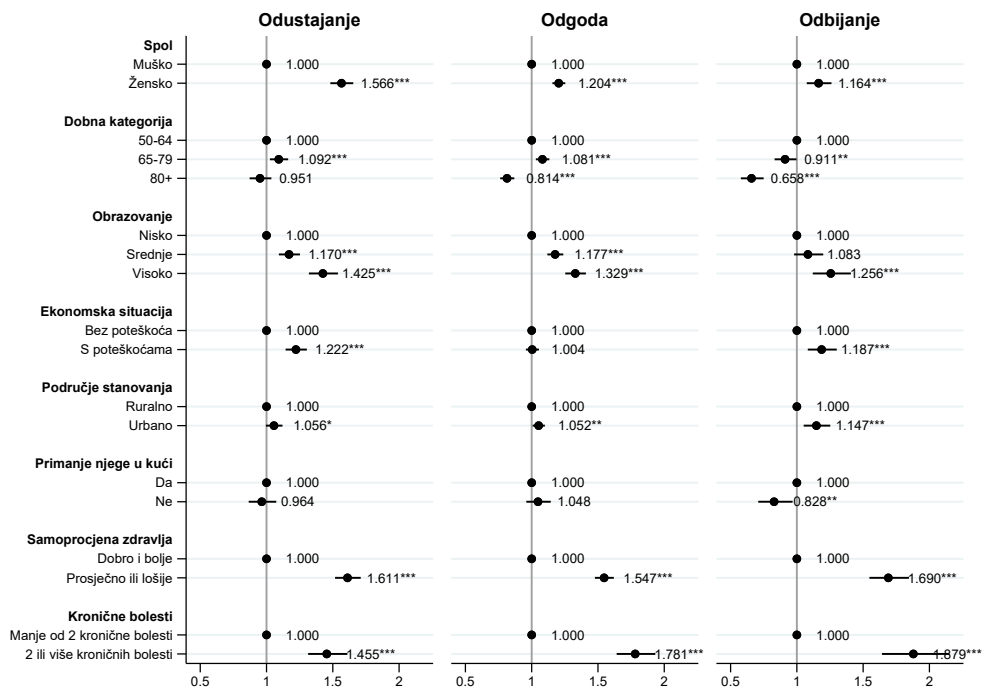


Izvor: izrada autora na temelju podataka iz drugog istraživanja SHARE Corona (Börsch-Supan, 2022j). Desno od stupaca prikazani su prosjeci po zemljama.

3.2. Rezultati regresijske analize

Na Slici 6 prikazani su rezultati logističke regresije, tj. omjeri šansi (*odds ratios*, *OR*) za varijable povezane s nepodmirenim zdravstvenim potrebama, prema podacima iz prvog istraživanja SHARE Corona za sve zemlje. Kao što je već istaknuto u nekim ranijim radovima koji su se bavili učincima na dostupnost zdravstvene zaštite u prvom valu pandemije (vidi Smolić et al. 2021; Arnault et al., 2021), žene i osobe s visokim obrazovanjem imale su veće šanse za nepodmirene zdravstvene potrebe u svim dimenzijama, u usporedbi s referentnim kategorijama. Zdravstvene varijable pokazale su se kao signifikantni prediktori nepodmirenih zdravstvenih potreba, tj. osobe u dobi od 50 i više godina, koje su lošijeg zdravlja i s dvije ili više kroničnih bolesti, imale su veće šanse suočiti se s barijerama u pristupu zdravstvenoj zaštiti od osoba čije je zdravstveno stanje bolje. Bolja ekonomska situacija povezana je s manjom šansom da će osoba odustati od zdravstvene zaštite zbog straha ili da će joj zakazani pregled biti odbijen. Pojedinci iz urbanih sredina imali značajno veće šanse odustati od medicinskih tretmana zbog straha od zaraze, suočiti se s odgodom zakazanih pregleda ili odbijanjem pregleda i medicinskih tretmana.

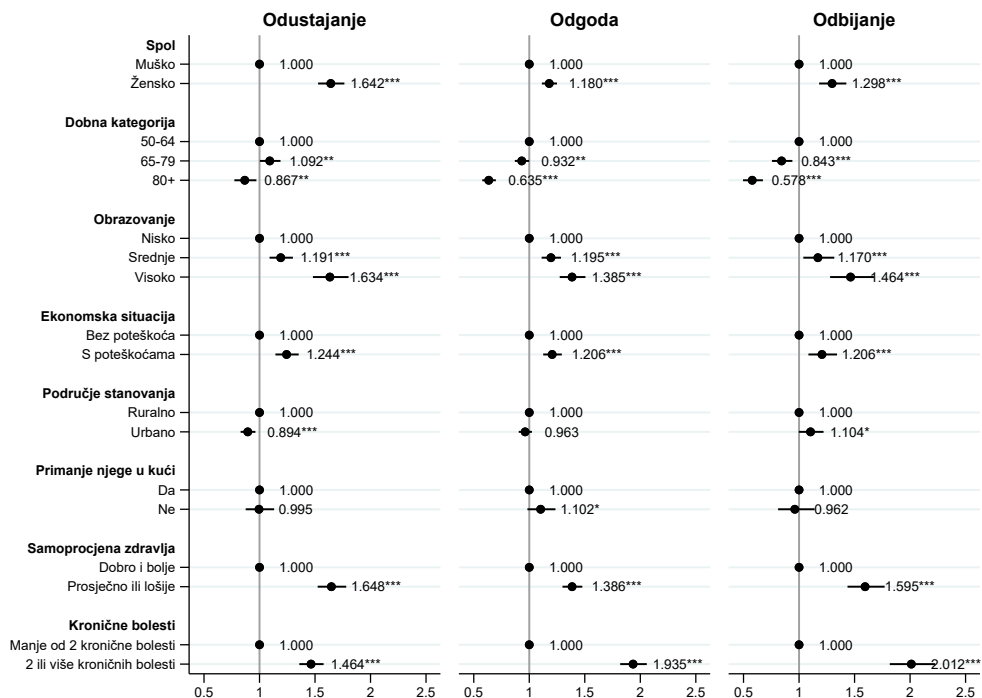
Slika 6. Rezultati logističke regresije za tri dimenzije nepodmirenih zdravstvenih potreba – prvo istraživanje SHARE Corona



Izvor: Izrada autora na temelju Börsch-Supan (2022i). Prikazani su omjeri šansi (OR) s intervalima pouzdanosti od 95%. Uključene su kontrole za zemlje, $n = 54263$.

Na Slici 7 prikazani su rezultati modela logističke regresije u tri dimenzije nepodmirenih zdravstvenih potrebama prema podacima iz drugog istraživanja SHARE Corona za sve zemlje. Većina prediktora koji su bili signifikantni u prvom valu, ostali su signifikantni i u drugom. U odnosu na sredinu 2020., sredinom 2021. godine kod ispitanika u dobi od 65 do 79 godina došlo je do smanjenja šansi da će im zakazani pregled ili tretman biti odgođeni, u usporedbi s referentnom kategorijom. Također, smanjile su se šanse za odustajanje od medicinskih tretmana zbog straha od zaraze kod osoba u dobi 50 i više godina u urbanim u odnosu na one koji žive u ruralnim sredinama. Možemo isto tako primijetiti da su pojedinci koji su u zadnja tri mjeseca (prije intervjua) primali njegu u kući imali značajno manje šanse da će im zakazani pregledi ili tretmani biti odgođeni, što može ukazivati na prioritizaciju zdravstvenih potreba najranjivijih skupina stanovništva.

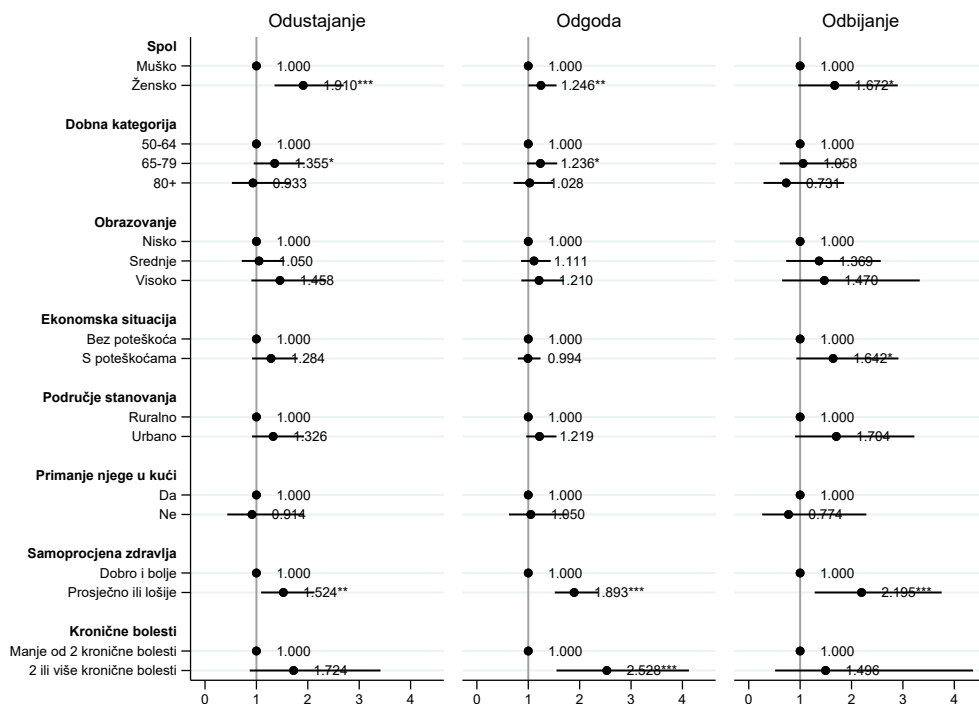
Slika 7. Rezultati logističke regresije za tri dimenzije nepodmirenih zdravstvenih potreba – drugo istraživanje SHARE Corona



Izvor: Izrada autora na temelju Börsch-Supan (2022i). Prikazani su omjeri šansi (OR) s intervalima pouzdanosti od 95%. Uključene su kontrole za zemlje, $n = 46337$.

U nastavku ćemo se detaljnije osvrnuti na obilježja osoba u dobi od 50 i više godina u Hrvatskoj koji su se suočavali s problemima dostupnosti zdravstvene zaštite u pandemiji. Sa Slike 8 možemo vidjeti da su ženske osobe u dobi od 50 i više godina te ispitanici prosječnog ili lošijeg samoprocijenjenog zdravlja imali veće šanse izjaviti da su imali problema s dobivanjem zdravstvene zaštite ili da su odustajali od traženja iste zbog straha od zaraze, u usporedbi s referentnim kategorijama. Također, ispitanici u dobi od 65 do 79 godina imali su veće šanse da će odustati zbog straha od zaraze te da će im zakazani pregled ili tretman biti odgođeni, a osobe s težom financijskom situacijom da će im zahtjev za pregledom ili medicinskim tretmanom biti odbijen. Nadalje, osobe s 2 ili više kroničnih bolesti češće su izjavile da im je zakazani pregled ili tretman bio odgođen, u usporedbi s referentnim kategorijama.

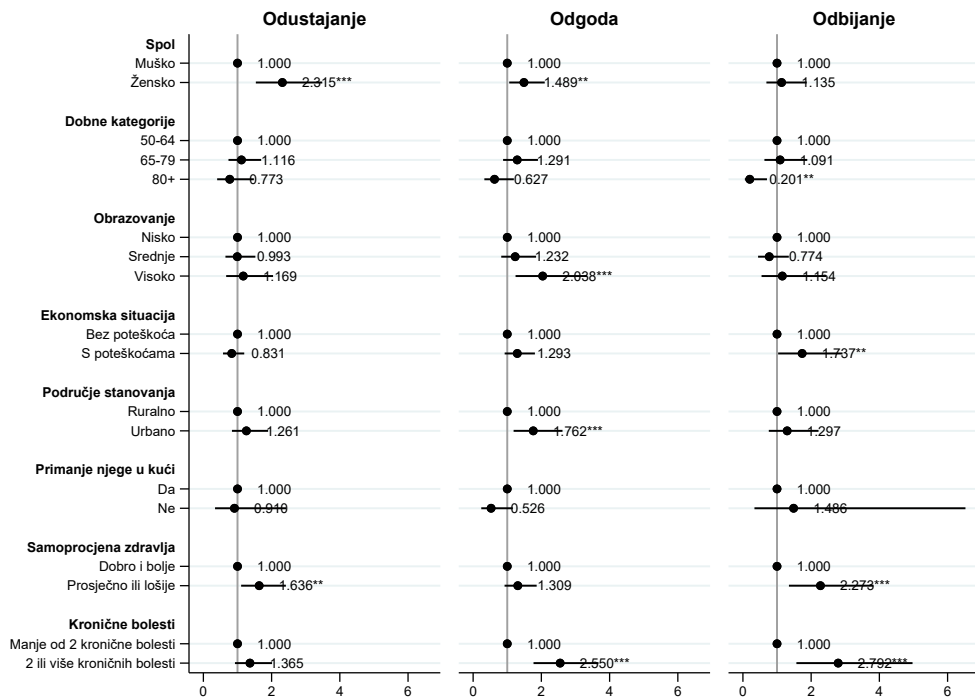
Slika 8. Rezultati logističke regresije za tri dimenzije nepodmirenih zdravstvenih potreba u Hrvatskoj – prvo istraživanje SHARE Corona



Izvor: Izrada autora na temelju Börsch-Supan (2022i). Prikazani su omjeri šansi (OR) s intervalima pouzdanosti od 95%, $n = 2016$.

Slika 9 prikazuje obilježja pojedinaca u dobi od 50 i više godina u Hrvatskoj u kontekstu dostupnosti zdravstvene zaštite tijekom drugog SHARE Corona istraživanja. Rezultati iz drugog vala pokazuju nešto drugačiju sliku od one prema podacima iz prvog vala. U drugom valu ženske osobe u Hrvatskoj i dalje su imale veće šanse da će im zakazani pregled ili medicinski tretman biti odgođen, u odnosu na muške osobe, a isto vrijedi i za odustajanje od medicinskih tretmana zbog straha od zaraze. Pojedinci s visokim obrazovanjem te oni u urbanim sredinama, češće su izjavili da su im zakazani medicinski tretmani odgođeni. U skladu s rezultatima iz prvog SHARE Corona istraživanja, osobe u dobi od 50 i više godina, lošijeg zdravlja i s dvije ili više kroničnih bolesti, imale su veće šanse osjetiti prepreke pristupu zdravstvenoj zaštiti, u odnosu na one čije je zdravstveno stanje bolje.

Slika 9. Rezultati logističke regresije za tri dimenzije nepodmirenih zdravstvenih potreba u Hrvatskoj – drugo istraživanje SHARE Corona



Izvor: Izrada autora na temelju Börsch-Supan (2022j). Prikazani su omjeri šansi (OR) s intervalima pouzdanosti od 95%, $n = 1807$.

4. ZAKLJUČAK

Cilj ovog rada je bio istaknuti važnost kontinuiteta u pružanju zdravstvene zaštite koji je od početka 2020. godine pod negativnim utjecajem pandemije bolesti Covid-19. Nemogućnost dobivanja pravovremene, kvalitetne i primjerene zdravstvene zaštite može dovesti do dalekosežnih posljedica kako za pojedinca tako i za društvo u cjelini. U radu su posebno istaknute osobe u dobi od 50 i više godina, s obzirom na to da su toj skupini stanovništva zdravstvene potrebe i potražnja najveći, ali i najizraženija ranjivost tijekom pandemije. Prepreke kod pristupa zdravstvenoj zaštiti povećavaju vjerojatnost za produbljivanje zdravstvenih nejednakosti što bi se u konačnici moglo odraziti i na povećanje ekonomskih i socijalnih nejednakosti. Korištenjem jedinstvene baze podataka iz dva vala istraživanja SHARE Corona, analizirana su osnovna obilježja osoba u dobi od 50 i više godina koji su imali poteškoće u dobivanju zdravstvene zaštite tijekom pandemije. Radilo se o poteškoćama koje su nastale zbog poremećaja na strani ponude, ali i

potražnje, npr. uslijed odluka pojedinaca o odustajanju od zdravstvene skrbi zbog straha od zaraze koronavirusom.

Na temelju analize podataka, možemo izdvojiti nekoliko kategorija Europljana starijih 50 i više godina koji su imali značajno veće šanse za nepodmirene zdravstvene potrebe. To su ponajprije ženske osobe, one koje žive u urbanim sredinama, visokoobrazovane u odnosu na one s nižim obrazovanjem, pojedinci koji su suočeni s financijskim poteškoćama, a posebno oni lošeg subjektivnog i objektivnog zdravlja. S druge strane, primjećujemo da je dob imala protektivan učinak, tj. osobe u dobi 80+ rjeđe su izjavljivale da su odustajale od medicinskih tretmana ili da su im je zakazani zdravstveni tretmani odgađani. Nalazi iz parcijalne analize za Hrvatsku donekle se poklapaju s onima za sve zemlje. I u Hrvatskoj su ženske osobe i osobe lošijeg zdravlja bile izložene većim barijerama u pristupu zdravstvenoj zaštiti, u odnosu na muškarce ili osobe boljeg zdravlja.

Premda je Hrvatska u početnom valu pandemije bolesti Covid-19 uspjela očuvati stabilnost zdravstvenog sustava, u kasnijim stadijima pandemije krajem 2020. i tijekom 2021. godine, dolazi do ozbiljnih problema koji su se odrazili na dostupnost zdravstvenih usluga. Početni uspjeh Hrvatske i ostalih tzv. novih članica EU, npr. Češke (Kouřil i Ferenčuhová, 2020), bio je posljedica radikalnih mjera za sprečavanje širenja koronavirusa. Gubitak kontrole nad pandemijom u Hrvatskoj ne razlikuje se od scenarija u ostalim postsocijalističkim zemljama koje su se u pravilu teško nosile s pandemijom tijekom jeseni i zime 2020. i 2021. godine. Razloge slobodnom širenju koronavirusa treba tražiti u popuštanju gotovo svih mjera ili čak proglašenju kraja pandemije u nekim zemljama netom prije ljeta 2020. (vidi Dascalu, 2020). Unatoč tome što je početkom 2021. počela snažna kampanja cijepjenja protiv bolesti Covid-19, ona je u većini postsocijalističkih članica EU bila relativno kratka i neuspješna, tj. stope procijepljenosti opće populacije ostale su daleko ispod željenih (Bergmann et al., 2021). S obzirom na relativno lošije stanje ljudskih i fizičkih resursa u zdravstvenom sustavu Hrvatske u odnosu na prosjek EU, potrebno je posvetiti pozornost izgradnji zdravstvenog sustava koji će moći odgovoriti na negativne učinke pandemije i očuvati kontinuitet u pružanju zdravstvene zaštite. Najveći izazov za zdravstvene sustave bit će nadoknada odgođene i propuštene zdravstvene zaštite za pojedince indirektno pogođenih pandemijom. Međutim, treba istaknuti i brigu za osobe koje su preboljele bolest Covid-19 i osnaživanje sustava saniranja posljedica tzv. dugotrajnog Covida.

5. LITERATURA

1. Arango, C. (2020), Lessons Learned From the Coronavirus Health Crisis in Madrid, Spain: How COVID-19 Has Changed Our Lives in the Last 2 Weeks. *Biological Psychiatry*, Vol. 88, No. 7, str. e33–e34.
2. Arnault, L., Jusot, F., Renaud, T. (2021), Economic vulnerability and unmet healthcare needs among the population aged 50+ years during the COVID-19 pandemic in Europe. *European Journal of Ageing*, str. 1–15.

3. Bergmann, M., Hannemann, T-V., Bethmann, A., Schumacher, A. T. (2021), Determinants of SARS-CoV-2 Vaccinations in the 50+ Population (October 5, 2021). *MEA Discussion Paper* No. 07-2021, [dostupno na: <https://ssrn.com/abstract=3938975> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3938975>, pristupljeno: 21.04.2022.].
4. Bokolo, A. Jnr. (2020), Use of Telemedicine and Virtual Care for Remote Treatment in Response to COVID-19 Pandemic. *Journal of Medical Systems*, Vol. 44, No. 7, str. 132
5. Börsch-Supan, A. (2022a), Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 1. Release version: 8.0.0. SHARE-ERIC. Data set. [doi.org/ 10.6103/SHARE.w1.800](https://doi.org/10.6103/SHARE.w1.800)
6. Börsch-Supan, A. (2022b), Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 2. Release version: 8.0.0. SHARE-ERIC. Data set. doi.org/10.6103/SHARE.w2.800
7. Börsch-Supan, A. (2022c), Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 3. Release version: 8.0.0. SHARE-ERIC. Data set. doi.org/10.6103/SHARE.w3.800
8. Börsch-Supan, A. (2022d), Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 4. Release version: 8.0.0. SHARE-ERIC. Data set. doi.org/10.6103/SHARE.w4.800
9. Börsch-Supan, A. (2022e), Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 5. Release version: 8.0.0. SHARE-ERIC. Data set. doi.org/10.6103/SHARE.w5.800
10. Börsch-Supan, A. (2022f), Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 6. Release version: 8.0.0. SHARE-ERIC. Data set. doi.org/10.6103/SHARE.w6.800
11. Börsch-Supan, A. (2022g), Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 7. Release version: 8.0.0. SHARE-ERIC. Data set. doi.org/10.6103/SHARE.w7.800
12. Börsch-Supan, A. (2022h), Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 8. Release version: 8.0.0. SHARE-ERIC. Data set. doi.org/10.6103/SHARE.w8.800
13. Börsch-Supan, A. (2022i), Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 8 COVID-19 Survey. Release version: 8.0.0. SHARE-ERIC. Data set. doi.org/10.6103/SHARE.w8ca.800
14. Börsch-Supan, A. (2022j), Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 9 COVID-19 Survey. Release version: 8.0.0. SHARE-ERIC. Data set. doi.org/10.6103/SHARE.w9ca.800
15. Börsch-Supan, A. Brandt, M., Hunkler, C., Kneip, T., Korbmacher, J., Malter, F., Schaan, B., Stuck, S., Zuber, S. (2013), Data Resource Profile: The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *International Journal of Epidemiology*, Vol. 42, No. 4, str. 992–1001.
16. Börsch-Supan, A., Brugiavini, A., Jürges, H., Kapteyn, A., Mackenbach, J. P., Siegrist, J., Weber, G. (2008), *First results from the survey of health, ageing, and retirement in Europe (2004-2007): Starting the longitudinal dimension*, [dostupno na: http://www.share-project.org/fileadmin/pdf_documentation/FRB2/FRB2_all_chapters.pdf, pristupljeno: 20.04.2022.].
17. Börsch-Supan, A., Brugiavini, A., Jürges, H., Mackenbach, J. P., Siegrist, J., Weber, G. (2005), *Health, ageing and retirement in Europe: First results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*, [dostupno na: http://www.share-project.org/fileadmin/pdf_documentation/FRB1/FRB1_all_chapters.pdf, pristupljeno: 20.04.2022.].
18. CEZIH (2021), Centralni zdravstveni informacijski sustav Republike Hrvatske - DTS - rezultati i novosti, [dostupno na: http://www.cezih.hr/dts_rezultati_i_novosti.html, pristupljeno: 20.04.2022.].

19. Cucinotta, D., Vanelli, M. (2020), WHO Declares COVID-19 a Pandemic. *Acta Bio Medica Atenei Parmensis*, Vol. 91, No. 1, str. 157–160.
20. Czeisler, M. É., Marynak, K., Clarke, K., Salah, Z., Shakya, I., Thierry, J. M., Ali, N., McMillan, H., Wiley, J. F., Weaver, M. D., Czeisler, C. A., Rajaratnam, S., Howard, M. E. (2020), Delay or avoidance of medical care because of COVID-19–related concerns – United States, June 2020. *Morbidity and mortality weekly report*, Vol. 69, No. 36, str. 1250–1257.
21. Dascalu, S. (2020), The Successes and Failures of the Initial COVID-19 Pandemic Response in Romania. *Frontiers in Public Health*, Vol. 8, No. 344.
22. Eurostat (2022a), *Hospital beds by type of care*, [dostupno na: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_RS_BDS__custom_2615424/default/table?lang=en, pristupljeno: 15.04.2022.].
23. Eurostat (2022b), *Health personnel (excluding nursing and caring professionals)*, [dostupno na: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_rs_prs1/default/table?lang=en, pristupljeno: 15.04.2022.].
24. Haldane, V., De Foo, C., Abdalla, S. M., Jung, A. S., Tan, M., Wu, S., ... , Legido-Quigley, H. (2021), Health systems resilience in managing the COVID-19 pandemic: lessons from 28 countries, *Nature Medicine*, Vol. 27, No. 6, str. 964–980. Hale, T., Angrist, N., Goldszmidt, R., Kira, B., Petherick, A., Phillips, T., Webster, S., Cameron-Blake, E., Hallas, L., Majumdar, S., Tatlow, H. A. (2021), A global panel database of pandemic policies (Oxford COVID-19 Government Response Tracker). *Nature Human Behaviour*, Vol. 5, No. 4, str. 529–538.
25. Kouřil, P., Ferenčuhová, S. (2020), Smart” quarantine and „blanket” quarantine: the Czech response to the COVID-19 pandemic. *Eurasian Geography and Economics*, Vol. 61, No. 4–5, str. 587–597.
26. Legido-Quigley, H., Mateos-García, J. T., Campos, V. R., Gea-Sánchez, M., Muntaner, C., McKee, M. (2020), The resilience of the Spanish health system against the COVID-19 pandemic, *The Lancet Public Health*, Vol. 5, No. 5, str. e251–e252.
27. Nava, S., Tonelli, R., Clini, E. M. (2020), An Italian sacrifice to the COVID-19 epidemic. *European Respiratory Journal*, Vol. 55, No. 6, str. 2001445.
28. OECD, EU (2020), *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*, [dostupno na: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/82129230-en.pdf?expires=1651434585&id=id&accname=guest&checksum=7EC514EDA114BC20613DA7FAC9AD3A5B>, pristupljeno: 19.04.2022.].
29. Salzmann, M. (2020), *Health care systems face collapse across Eastern Europe amid resurgent COVID-19 pandemic*, [dostupno na: <https://www.wsws.org/en/articles/2020/10/27/east-o27.html>, pristupljeno: 17.04.2022.].
30. Salje, H., Tran Kiem, C., Lefrancq, N., Courtejoie, N., Bosetti, P., Paireau, J., Andronico, A., Hozé, N., Richet, J., Dubost, C. L., Le Strat, Y., Lessler, J., Levy-Bruhl, D., Fontanet, A., Opatowski, L., Boelle, P. Y., Cauchemez, S. (2020), Estimating the burden of SARS-CoV-2 in France. *Science*, Vol. 369, No. 6500, str. 208–211.
31. Scherpenzeel, A., Axt, K., Bergmann, M., Douhou, S., Oepen, A., Sand, G. (2020), Collecting survey data among the 50+ population during the COVID-19 outbreak: The Sur-

- vey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *Survey Research Methods*, Vol. 14, No. 2, str. 217–221.
32. Sim, M. R. (2020), The COVID-19 pandemic: major risks to healthcare and other workers on the front line. *Occupational and Environmental Medicine*, Vol. 77, No. 5, str. 281–282
 33. Smolić, Š. (2021), Neki aspekti života starijih Europljana u pandemiji bolesti COVID-19: nalazi iz istraživanja SHARE Corona. *Migracijske i etničke teme*, Vol. 37, No. 2, str. 125-146.
 34. Smolić, Š., Čipin, I., Fabijančić, M., Mustač, D. (2020), Implementacija i metodološki okvir studije SHARE u Hrvatskoj. *Migracijske i etničke teme*, Vol. 36, No. 1, str. 29–52.
 35. 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* [Preprint].
 36. Vergano, M., Bertolini, G., Giannini, A., Gristina, G. R., Livigni, S., Mistràletti, G., Riccioni, L., Petrini, F. (2020), Clinical ethics recommendations for the allocation of intensive care treatments in exceptional, resource-limited circumstances: the Italian perspective during the COVID-19 epidemic. *Critical Care*, Vol. 24, No. 1, str. 165.
 37. WHO (2020), *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19, 11 March 2020*, [dostupno na: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>, pristupljeno: 15.04.2022.].
 38. WHO, European Commission, European Observatory on Health Systems and Policies (2021), *The COVID-19 Health System Response Monitor (HSRM)*, [dostupno na: <https://covid19healthsystem.org/mainpage.aspx>, pristupljeno: 22.04.2022.].
 39. Williams, G., Cylus, J., Roubal, T., Ong, P., Barber, S. (2019), Sustainable health financing with an ageing population: Will population ageing lead to uncontrolled health expenditure growth?, [dostupno na: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329382/Policy-brief-1997-8073-2019-3-eng.pdf>, pristupljeno: 22.04.2022.].

ZAHVALE I FINANCIRANJE

Istraživanje u ovom radu dio je Horizon 2020 projekta SHARE-COVID19 (Ugovor br. 101015924). U radu se koriste podaci iz svih valova studije SHARE (DOI: 10.6103/SHARE.w1.800, 10.6103/SHARE.w2.800, 10.6103/SHARE.w3.800, 10.6103/SHARE.w4.800, 10.6103/SHARE.w5.800, 10.6103/SHARE.w6.800, 10.6103/SHARE.w7.800, 10.6103/SHARE.w8.800) te podaci iz prvog i drugog SHARE Corona istraživanja (DOI: 10.6103/SHARE.w8ca.800, 10.6103/SHARE.w9ca.800), vidjeti Börsch-Supan et al. (2013) za detalje o metodologiji. Prikupljanje podataka u sklopu studije SHARE financirala je Europska Komisija, DG RTD putem FP5 (QLK6-CT-2001-00360), FP6 (SHARE-13: RII-CT-2006-062193, COMPARE: CIT5-CT-2005-028857, SHARELIFE: CIT4-CT-2006-028812), FP7 (SHARE-PREP: GA N°211909, SHARE-LEAP: GA N°227822, SHARE M4: GA N°261982, DASISH: GA N°283646) i Horizon 2020 (SHARE-DEV3: GA N°676536, SHARE-COHESION: GA N°870628, SERISS: GA N°654221, SSHOC: GA N°823782, SHARE-COVID19: GA N°101015924) te DG Employment, Social Affairs & Inclusion putem VS 2015/0195, VS 2016/0135, VS 2018/0285, VS 2019/0332 i VS 2020/0313. Dodatno financiranje osiguralo je njemačko Savezno ministarstvo za obrazovanje i istraživanje (BMBF), Max Planck Society for the Advancement of Science, američki National Institute on Aging (U01_AG09740-13S2, P01_AG005842, P01_AG08291, P30_AG12815, R21_AG025169, Y1-AG-4553-01, IAG_BSR06-11, OGHA_04-064, HHSN271201300071C, RAG052527A), a zahvale za prikupljanje podataka dugujemo i raznim nacionalnim izvorima financiranja (vidjeti www.share-project.org).

Prilog 1. Glavna obilježja uzorka u prvom istraživanju SHARE Corona

Zemlja	Veličina uzorka	Prosječna dob (SD)	% ispitanika koji nisu otišli na pregled/tretman zbog straha od zaraze	% ispitanika čiji je zakazani pregled/tretman odgođen	% ispitanika koji su tražili pregled/tretman, ali su odbijeni
Austrija	2,727	67,36 (0,185)	12,6%	25,7%	4,0%
Njemačka	2,817	67,66 (0,1868)	16,1%	18,9%	3,0%
Švedska	1,395	68,33 (0,2636)	15,9%	17,1%	3,9%
Nizozemska	805	67,05 (0,3412)	5,7%	29,3%	3,6%
Španjolska	2,200	67,93 (0,2241)	3,9%	26,8%	4,3%
Italija	3,902	67,71 (0,1703)	14,1%	24,3%	6,0%
Francuska	2,114	67,9 (0,2252)	9,8%	35,4%	10,0%
Danska	2,030	67,29 (0,216)	10,9%	30,3%	4,3%
Grčka	3,831	68,1 (0,1691)	16,2%	11,3%	3,8%
Švicarska	1,947	67,68 (0,2224)	12,4%	27,2%	3,1%
Belgija	3,888	67,39 (0,1633)	12,9%	33,8%	6,9%
Izrael	1,560	66,94 (0,2461)	25,1%	19,7%	10,2%
Češka Republika	2,700	67,56 (0,1724)	18,8%	34,9%	3,0%
Poljska	3,078	66,49 (0,1781)	9,1%	27,5%	6,7%
Luksemburg	958	66,02 (0,3188)	21,2%	52,6%	6,3%
Mađarska	1,053	67,53 (0,2739)	8,6%	20,2%	3,7%
Portugal	1,148	67,94 (0,2875)	14,7%	50,4%	9,0%
Slovenija	3,233	67,24 (0,1744)	4,5%	31,8%	2,8%
Estonija	4,632	67,84 (0,1493)	10,6%	23,4%	7,1%
Hrvatska	2,128	67,33 (0,2114)	7,9%	21,8%	2,6%
Litva	1,324	66,93 (0,2871)	14,0%	28,4%	11,8%
Bugarska	867	67,26 (0,3316)	9,6%	1,5%	1,0%
Cipar	827	66,39 (0,3485)	11,0%	17,3%	3,9%
Finska	1,492	67,63 (0,2616)	8,1%	18,9%	4,7%
Latvija	1,037	67,23 (0,3147)	13,2%	15,3%	8,0%
Malta	903	67,35 (0,313)	10,1%	33,4%	2,4%
Rumunjska	1,575	66,93 (0,2491)	4,5%	6,5%	4,2%
Slovačka	963	65,59 (0,3083)	15,3%	21,6%	4,7%
UKUPNO	57,134	67,54 (0,0423)	11,6%	25,0%	5,40%

Izvor: Izrada autora prema Börsch-Supan, A. (2022i).

Prilog 2. Glavna obilježja uzorka u drugom istraživanju SHARE Corona

Zemlja	Veličina uzorka	Prosječna dob (SD)	% ispitanika koji nisu otišli na pregled/tretman zbog straha od zaraze	% ispitanika čiji je zakazani pregled/tretman odgođen	% ispitanika koji su tražili pregled/tretman, ali su odbijeni
Austrija	2,298	66,21 (0,2111)	6,3%	7,8%	2,9%
Njemačka	2,025	66,8 (0,2199)	12,0%	9,2%	3,6%
Švedska	962	67,44 (0,314)	16,2%	12,7%	2,7%
Nizozemska	730	66,45 (0,3555)	15,6%	12,0%	1,3%
Španjolska	1,790	66,58 (0,2583)	1,0%	11,8%	2,6%
Italija	3,346	67,06 (0,1811)	11,2%	14,4%	7,2%
Francuska	1,840	67,25 (0,2384)	8,1%	11,3%	11,4%
Danska	1,584	66,9 (0,2402)	5,2%	10,9%	4,2%
Grčka	3,375	67,4 (0,1783)	9,8%	8,7%	5,0%
Švicarska	1,739	66,08 (0,2613)	11,1%	14,6%	1,0%
Belgija	3,424	66,87 (0,1721)	10,8%	16,8%	3,8%
Izrael	1,251	66,17 (0,2784)	22,9%	8,8%	3,2%
Češka Republika	2,077	66,5 (0,202)	6,6%	24,9%	3,2%
Poljska	2,782	66,26 (0,1843)	5,7%	13,4%	6,8%
Luksemburg	862	65,47 (0,3258)	12,6%	20,8%	5,9%
Mađarska	858	66,85 (0,3042)	10,1%	17,0%	7,1%
Portugal	1,064	67,28 (0,3149)	11,8%	23,8%	8,7%
Slovenija	2,935	66,74 (0,182)	3,0%	15,6%	4,0%
Estonija	4,023	67,38 (0,1573)	5,5%	8,8%	4,9%
Hrvatska	1,897	66,67 (0,2127)	6,5%	8,0%	3,4%
Litva	1,244	66,49 (0,2899)	10,5%	10,0%	8,3%
Bugarska	702	66,63 (0,3692)	4,2%	3,2%	2,0%
Cipar	643	66,14 (0,3943)	6,5%	4,5%	1,2%
Finska	1,301	67,37 (0,2707)	7,4%	13,2%	5,6%
Latvija	961	66,75 (0,3206)	7,5%	3,1%	3,0%
Malta	786	67,15 (0,3425)	11,3%	17,7%	4,0%
Rumunjska	1,455	66,12 (0,2578)	1,6%	2,3%	0,7%
Slovačka	920	65,23 (0,3045)	14,3%	21,9%	6,1%
UKUPNO	48,874	66,79 (0,0458)	8,9%	11,9%	5,36%

Izvor: Izrada autora prema Börsch-Supan, A. (2022j).