

ВЪЗМОЖНОСТ ЗА ПОДОБРЕНИЕ НА КАЧЕСТВОТО НА МЕДИЦИНСКИ УСЛУГИ В БЪЛГАРИЯ

Боян Ликоманов, Ивелина Янкова, Адриана Дачева, Венета Тодорова
HTA Ltd.

Тони Веков

Български кардиологичен институт

Петко Салчев

Национален център по общественото здраве и анализи,
Институт за икономически изследвания при Българската академия на науките

Славейко Джамбазов

HTA Ltd.

Резюме: Статията представя проучване върху качеството на медицинските услуги, което е основен показател за ефективността на здравната система. Традиционната оценка е на базата на достъпността и на ефективността на предоставяните услуги, но съвременните подходи акцентират на реалното въздействие върху здравния статус на пациентите, измервано чрез здравните резултати – клинични (CROMs) и резултати, докладвани от пациентите (PROs). В изследването ни е анализиран именно този преход от процесно ориентирани към резултатно ориентирани модели, който е в основата на концепцията за здравеопазване, базирано на ползите за пациентите. Подходите, ориентирани към здравните резултати, представляват ключов елемент за подобряване на качеството на медицинските услуги. Здравеопазването, основано на ползите за пациентите, променя фокуса от количествени показатели към реалното въздействие върху здравето на пациента, като съчетава клинични резултати и икономическа ефективност. Чрез прилагане на стратегически измервания и стимули за подобряване на резултатите здравните системи могат да осигурят по-добра добавена полза за пациентите и устойчиво развитие в сектора. Във връзка с това изследването ни анализира измеренията на качеството на медицинските услуги и ползите за пациентите. Разгледана е концепцията за здравеопазване, основано на ползите, а също и основните принципи и методи за успешното му въвеждане на базата на примери от глобалната практика. Представени са както клиничните, така и икономическите резултати и ползи за пациентите при подобряване на качеството на предоставяните медицински услуги.

Ключови думи: здравеопазване, базирано на резултати; заплащане за качество; здравеопазване, основано на ползите; резултати за пациента

JEL codes: I11; I15; H44; L38; O31

DOI: <https://doi.org/10.56497/etj2570301>

Received 12 May 2025

Revised 7 July 2025

Accepted 5 August 2025

Въведение

Качеството на медицинските услуги е основен показател за ефективността на здравната система. Традиционно то се оценява чрез достъпността и ефективността на предоставяните услуги. Въпреки това съвременните подходи акцентират на реалното въздействие върху здравния статус на пациентите, измервано чрез здравните резултати – клинични (CROMs) и резултати, докладвани от пациентите (PROs). Този преход от процесно ориентирани към резултатно ориентирани модели е в основата на концепцията за здравеопазване, базирано на ползите за пациентите (NEJM Catalyst, 2025).

Традиционните модели на здравеопазване често се фокусират върху обема на предоставените услуги и спазването на определени процеси, без да отчитат в достатъчна степен ефективността им по отношение на подобряване на здравето на пациентите. Концепцията за здравеопазване, основано на ползите (VBHC), предлага промяна на тази парадигма, като поставя акцент върху измерими показатели за ефективността на лечението и въздействието му върху качеството на живот на пациентите. Такъв подход насърчава постигането на максимална полза както за пациента, така и за здравната система като цяло (Teisberg et al., 2019).

В днешно време прилаганите в здравеопазването модели измерват успеха чрез количествени показатели като брой проведени процедури или посещения при специалисти. Въпреки че тези показатели са полезни за управлението на ресурсите, те не отразяват непременно реалното подобрене в здравето на пациентите. Резултатно ориентираните модели изискват нови методологии за измерване и оценка, вкл. използването на показатели, докладвани от пациентите (Patient-Reported Outcome Measures, PROMs), и данни от реалната практика (Real-World Evidence, RWE).

PROMs предоставят информация директно от пациентите относно тяхното здраве, качество на живот и функционален статус след медицинска интервенция, което позволява по-пълна оценка на ефективността на лечението (Teisberg et al., 2019). RWE от своя страна включват данни, събрани извън контекста на контролирани клинични изпитвания, като електронни здравни регистри, застрахователни искиове и пациентски регистри. Тези данни предоставят ценна информация за ефективността и за безопасността на медицинските интервенции в реални условия, допълвайки данните от клиничните изпитвания и подпомагайки вземането на информирани решения в здравеопазването.

Въпреки потенциалните ползи от VBHC обаче внедряването на този подход среща значителни предизвикателства. Сред тях са липсата на стандартизирани показатели за измерване на здравните резултати, необходимостта от интеграция на различни източници на данни и от осигуряване на тяхното качество,

както и съпротивата срещу промяната в утвърдените модели на възнаграждение на здравните услуги. Допълнително, събирането и анализът на PROMs и RWE изискват значителни ресурси и експертиза, а също така повдигат въпроси, свързани с поверителността на данните и с етичните аспекти на тяхното използване (Kaplan, Bower, 2018).

Основни измерения на качеството на медицински услуги – подход, базиран на резултатите

Принципът зад т.нар. здравеопазване, базирано на резултатите за пациентите (outcome-based healthcare), е поставяне на фокуса върху последствията от лечението за пациентите (например качество на живот, продължителност на живот, липса на болка и т.н.) за сметка на самото лечение и имплементирането на нови интервенции. Разбира се, тук не става въпрос за спиране на иновациите в здравеопазването, тъй като те са сред основните двигатели за постигане на по-добри резултати за пациентите. Ограничението при модерните системи за здравеопазване е липсата на стимули за измерване на резултати, които са значими за пациентите. Чрез измерване на резултатите изключително бързо и лесно могат да бъдат идентифицирани най-ефективните терапии и интервенции, фокусирайки ресурсите на системата върху тях. Ползите за здравните системи, както и за пациентите са многобройни:

- *проследимост на средства и на финансови потоци;*
- *реална оценка за качеството на предоставяните услуги – казано с други думи, какво получава платещът, заплащайки предоставянето на определени здравни услуги. Директните резултати са за пациента – по-добри грижи и съответно по-добро здравно и общо състояние. Не трябва да бъдат пренебрегвани обаче индиректните ползи за платеща, най-често реализирани под формата на спестявания (продължително лечение, хоспитализации, прилагане на многобройни линии на лечение и т.н.). При финансираните от държавата платци (например НЗОК) индиректна полза от подобрената грижа за пациентите е повишаването на приноса на пациента към БВП, избягвайки загуба на трудоспособност, инвалидизации и др.;*
- *намалена фрагментация на здравните грижи, водеща до оптимизация на предоставяните услуги;*
- *подобрен достъп до по-ефективни терапии;*
- *по-добри резултати за пациентите;*
- *постигане на по-високо качество на здравни грижи за сметка на по-малко вложени средства.*

Инвестирането на средства в посока към доказано по-ефективни терапии генерира бъдещи спестявания за платеща за сметка на неефективни терапии или на такива без доказани резултати. Сега се смята, че около 20% от средствата за здравеопазване се губят за заплащане на неефективни терапии и интервенции. Вземайки предвид експоненциалното повишение на разходите за здравеопазване през последните години, както и застаряващото население и разпространението на онкологичните и на хроничните заболявания, търсенето на начини за оптимизиране на финансите в здравеопазването е ключово за поддържане на стабилни здравни системи. Загубата на 20% от средствата е нещо, което здравните системи не могат да си позволят.

В много страни имплементирането на value-based healthcare – VBHC (заплащане на услуги въз основа на отношението разход/полза, като ползата се изчислява на базата на измерими резултати, които са значими за пациентите), е все още в зародиш. В днешно време откриването на правилните механизми и стимули за въвеждане на VBHC е основен фокус в много западни държави, сред които Великобритания, САЩ, Швеция, Германия, Нидерландия и др.

Резултати

Резултатите в здравеопазването могат да бъдат разпределени в три основни групи: клинични (clinical outcomes), резултати, докладвани от пациентите (patient-reported outcomes), и популационни (population outcomes).

Клинични резултати

Съгласно дефиницията за клинични резултати на Международното дружество за фармакоикономика и изследвания на резултатите (ISPOR) това са измерими промени в здравето или в качеството на живот на пациента вследствие на заболяване или произтичащи от медицински грижи/лечение (определена интервенция). Измерването им е от съществено значение, за да може да бъде доказана ефективността на прилаганото лечение и да се улесни вземането на здравни решения.

Измерването и оценяването на резултатите от прилагано лечение дава възможност за създаване на метричен измерител (оценка, рейтинг и т.н.) за ефективността на прилаганата терапия. Повечето оценители на ефективността са базирани на измерими клинични резултати при пациентите. Клиничните резултати са показатели за ефективността и са пряко зависими от самия пациент – от неговия избор, преценка и мотивация за спазване на терапевтичния режим и на лекарските препоръки. Измерителите трябва да бъдат ясно дефинирани, лесно измерими и да демонстрират (директно или индиректно) ползите от прилаганото лечение/интервенция. За разлика от клиничните измерители био-

маркерите представляват обективен метод за измерване на текущото клинично състояние независимо от субективни фактори като мотивация, избор и действия на пациента.

Ползата от прилагано лечение се дефинира като значима промяна в живота на пациента. При нейното измерване трябва да се отчитат два са основни компонента:

- значимост на резултата – резултатът от лечението директно води до промяна във важен за пациента аспект от здравното му състояние или до подобряване в неговата преживяемост (например при онкологични заболявания);
- пряко въздействие върху ежедневната дейност на пациента.

Клиничните проучвания имат за цел да демонстрират ползата от прилагането на една интервенция спрямо друга. В случая ползата има два измерителя – от какъв тип е тя (клиничен показател, преживяемост без прогресия, подобрене на 5-минутен тест за ходене и др.) и каква е нейната степен (доколко или с колко е голяма ползата за пациента).

Клиничните проучвания дават безценна информация за ефикасността на дадена терапия, но рядко са пряко обвързани със значими за пациентите резултати. В случая под значими за пациента резултати се имат предвид такива, докладвани от самите пациенти като значими. Например удължаването на преживяемостта без прогресия от белодробен карцином е значим показател, но ако пациентът остава на легло в рамките на целия период на лечение и качеството му на живот не е реално подобreno, е налице клинично значим показател, но не и показател, значим за пациента. В допълнение, изключително важно е да се отбележи, че резултатите от клинични проучвания трябва да се четат и интерпретират с повишено внимание. От съществено значение е медицинските специалисти да познават добре стратегията и методите за провеждане на клинични проучвания, както и статистическите подходи за оценка на резултатите от тях. Много често под влияние на различни фактори резултатите от подобни проучвания могат да бъдат оценени като клинично значими, но не и като статистически значими. В тези случаи трябва да се подхожда с повишено внимание.

Данните от реалния свят (т.нар. real-world data – RWD) се използват за генериране на доказателства от реалната клинична практика. Източници на такава информация могат да бъдат електронни регистри, данни от застрахователи, сведения, генерирани от пациенти, данни от мобилни приложения и др. Данните могат да бъдат анализирани в проспективни/ретроспективни кохортни проучвания или за генериране на контролни рамене на клинични проучвания (т.нар. external control arms) (Dang, 2023). RWD се използват също и за оптими-

зиране на дизайна на клинични проучвания в процедурите на одобрение на нови лекарствени продукти, както и за оценка на постмаркетинговата ефективност на интервенциите и сравнението им с други интервенции в реалния свят. Те стават все по-популярен източник на данни сред лекарите, платците, регулаторите, пациентите и фармацевтичните компании (Dang, 2023).

От гледна точка на фармацевтичните компании значението на RWD е свързано с целия „живот“ на продукта – от моделиране на клинични проучвания до подобряване на разбирането на болестта, улесняване на подготовката на финансови прогнози и решения, вземане на решения за реимбурсиране, подкрепа на регулаторни решения, както и промотиране на пазара и поддържане на реимбурсен статус на продукта (McKinsey, 2018). Използвайки такива данни например, през 2020 г. компания производител открива, че значително по-голяма част от пациентите със захарен диабет тип 2 се придържат към лечението с дулаглутидни инжекции в сравнение с тези, които използват семаглутидни инжекции. Информацията дава сериозно предимство при лансирането на продукта на пазара както по отношение на финансовите прогнози, така и при прогнозирането на очаквания пазарен дял на компанията.

От гледна точка на медицинските специалисти наборът от реални клинични данни е огромен, а това изисква адекватен анализ на тези данни. Използването на специализирани аналитични инструменти за RWD дава предимство на медицинските специалисти, а също и на техните пациенти да вземат информирани споделени решения с цел откриване на най-доброто лечение за пациента. В случая „най-доброто“ не реферира единствено към това лечение, което ще даде най-благоприятен здравен резултат, но се взема предвид и вероятността пациентът да се придържа към лечението, както и дали важните за него симптоми и състояния ще бъде повлияни.

Днес основната част от пациентите са добре информирани относно здравното си състояние, използвайки наличната информация онлайн. Употребата на социални медии и на други платформи за споделяне на здравна информация става все по-популярна. Няколко организации, сред които Proprietary Association of Great Britain (PAGB) и Medicines and healthcare products Regulatory Agency (MHRA) във Великобритания, приемат и насърчават производителите да анализират публикуваните от самите пациенти данни и да ги използват при маркетингането на нови продукти на пазара. Навлизането на пазара на два продукта – Infacol и Sudocrem, е много добър илюстративен пример за този иновативен принцип на market access.

Платците използват RWD за подобряване на достъпността на новонавлизащите интервенции. В САЩ все по-често се прилага договаряне на цени на базата на

очаквани резултати (прогнозите за които са направени въз основа на RWD). Използвайки проучване на основата на такива данни, National Health Service (NHS) успешно преговаря с производителите на Simeprevir за значителна отстъпка в цената на продукта, в случай че пациентите не са излекувани след 12 седмици лечение. National Institute of Health and Care Excellence (NICE) използва оценка на здравни технологии (O3T), базирана на RWD, при ценообразуване и реимбурсиране на нови терапии.

Употребата на RWD, успоредно на клинични проучвания, за лечение на пациенти с хронични заболявания е все по-честа практика. Например скорошно проучване, оценяващо въздействието на инхибитори на натрий-глюкозен транспортер 2 (SGLT2), демонстрират значителна редукция в кардио-реналните симптоми при пациенти с диабет тип 2. Тези констатации са потвърдени и разширени от неинтервенционални проучвания, базирани на RWD, чрез включване на популации, лекувани в действителни клинични условия. Такива проучвания дават възможност за оценка на ефективността за неизследвани досега популации в контекста на различни интервенции, дозировки и новопоявили се съпътстващи заболявания, възникнали поради слабо придържане към предписаната интервенция. В тези условия RWD могат да предложат по-полезни доказателства за всички заинтересовани лица в здравеопазването, вкл. и производителите, при разработването на стратегии за навлизане на пазара.

Данните от реалния свят имат съществено значение при лечението на хронични и на онкологични заболявания. В следващото изложение е представен по един пример от всяка група:

1. Сред най-значимите проекти за прилагане на здравеопазване, основано на ползите за пациентите (базирано на данни от реалния свят), е нидерландската клиника „Diabeter“. Тя е основана през 2006 г. и е първата клиника за лечение на социалнозначимо хронично заболяване, която отговаря изцяло на критериите за реорганизация на мрежата за предоставяне на здравни грижи, базирани на концепцията за VBHC на Michael Porter. Той дефинира качеството в здравеопазването като постигане на максимални, значими за пациентите резултати за сметка на минимално инвестиран финансов ресурс. Концепцията за реорганизация на лечебните заведения на Porter включва следните 5 елемента: (1) лечебните заведения се организират в интегрирани единици (всяка единица използва мултидисциплинарен екип със споделена отговорност за лечението на едно състояние или група от близки по етиология състояния); (2) всяка единица измерва резултатите и разходите за лечение на пациентите; (3) заплащането за здравни услуги се преограничава в пакетни заплащания за цикъл на лечение; (4) успешните практики в една единица се разпространяват сред други лечебни заведения; (5) разработват се онлайн платформа и електронен регистър за съ-

биране на данни.

Ключова концепция във VBHC е стратифициране на пациентите според състоянието им. Единственият начин това да се извърши оптимално е чрез натрупване и анализиране на данни от реалния свят. „Diabeter“ стратифицира пациентите си, използвайки данните от богатия си електронен регистър, пуснат в действие успоредно със стартирането на проекта. На базата на така събраните данни се открива, че повечето педиатрични пациенти следват приблизително еднакъв интензивен курс на лечение, докато тези с вторично развит диабет следват различен клиничен път. Например 7% от пациентите в „Diabeter“ със захарен диабет в резултат от кистозна фиброза имат изцяло различен протокол на лечение, специално разработен да отговаря на етиологията на заболяването им. Същото важи и за пациентите със съпътстващи заболявания.

Измерването на резултатите, значими за пациентите, среща две основни предизвикателства: (1) откриването на значимите за пациентите резултати (за целта се използват стандартизирани въпросници като тези, разработвани от ICHOM) и (2) прилагането на съответните медицински грижи, за да се подобрят тези резултати.

Значимите за пациентите резултати са групирани в три категории: постигнатото здравно състояние (Група 1), процес на лечение и усложнения (Група 2) и поддържане на постигнатото здравно състояние (Група 3).

При пациентите със захарен диабет резултатите от *Група 1* включват смъртност, качество на живота (QoL) и други психо-социални параметри. През последните години към тази група се добавя и проследяването на пациентите след приключило лечение с цел продължителна оценка на описаните параметри. Резултатите от *Група 2* включват времето за въвеждане на пациента в алгоритъма на лечение и времето до напускане на този алгоритъм и връщане към нормален живот, както и последващи посещения на лечебното заведение за рутинни прегледи или поради спешност. Параметрите в *Група 3* включват основно продължителното наблюдение на пациента и вероятността от поява на нови събития.

Наред с хроничните социалнозначими заболявания¹ сред най-сериозните причини за повишена смъртност в глобален план, както и за значителни добавени разходи за здравните системи са онкологичните заболявания. Вече представихме пример за успешно въвеждане на VBHC за лечение на хронично заболяване – диабет.

¹ Социалнозначими заболявания са онези заболявания, чието увеличаване и разпространение силно корелират със социалните и икономическите условия на дадено общество, като те причиняват значителни щети на обществото, на здравната система и на държавата като цяло.

Някои от основните предизвикателства пред имплементирането на същия подход за онкоболни пациенти са свързани с липсата на:

- ресурси и правилна мотивация за специалистите;
- решения, които да обхващат цялата популация от пациенти;
- измерване на резултати и аналитична обработка.

Независимо че са съществени, тези предизвикателства могат да бъдат превъзможнати, като се спазват стъпките, представени в примера с диабетната клиника „Diabeter“. Колаборацията с организации, специализирани в разработването на VBHC модели, е ключова за картографиране на основните процеси в грижата за пациента, за създаване на пакетни модели за заплащане, както и на правилните подбуди за измерване и постигане на по-високи резултати. Сред най-важните елементи си остават интегрирането на здравните грижи, намаляването на фрагментацията и измерването на резултатите при пациентите.

2. През 2023 г. Medicare² лансира нова програма – Enhancing Oncology Model (EOM), чиято цел е въвеждането на пакетно заплащане за лечение на ракови заболявания, основано на събрани клинични данни (clinical outcomes) и данни, докладвани от пациентите (patient-reported outcomes). Медицинските специалисти и институции, участници в програмата, трябва да преминават през определен алгоритъм за изменение на протоколите за лечение, включващ: наличие на 24/7 наличен специалист за консултация; разработка на платформа за навигация на пациента в процеса на лечение; наличие на предварително разработен план за лечение на пациента; използване на алгоритми на лечение, които са локално одобрени; извършване на оценка на социалните нужди на пациентите; въвеждане на електронен регистър за оценка на значимите за пациентите резултати; непрекъснато подобрене на услугите на базата на събраните данни; предлагане на услуги за справяне с психо-социалния аспект на болестта (CMS, 2025).

Съгласно дефиницията на Агенцията за контрол на храните и лекарствата на САЩ (FDA) *въпросник, измерващ резултатите, докладвани от пациентите* (patient-reported outcomes – PROs), е „всеки доклад, попълнен директно от пациента и отразяващ единствено мнението на пациента, без да е включена интер-

² Medicare е федерална здравноосигурителна програма в Съединените щати за хора на 65 или повече години и по-млади хора с увреждания, вкл. такива с терминална бъбречна недостатъчност и амиотрофична латерална склероза (ALS или болест на Лу Гериг). Тя е създадена през 1965 г. под егидата на Администрацията за социално осигуряване и сега се администрира от Центровете за Medicare и Medicaid Services (CMS) ([https://en.wikipedia.org/wiki/Medicare_\(United_States\)](https://en.wikipedia.org/wiki/Medicare_(United_States))).

претация на лекуващия специалист или трето лице“. Успоредно с клиничните резултати, PROs, измерващи физическия и психо-социалния аспект на здравето на пациентите, както и качеството им на живот, дават ценна информация за състоянието на пациента. Тези въпросници се използват за картографиране на пътя на пациента, за информиране на пациентите, за вземане на споделени решения между лекар и пациент за прилагано лечение, за избор на значими за пациентите резултати и др. (Teisberg et al., 2019)

PROs въпросниците имат най-голяма тежест единствено когато са разработени така, че да измерват значимите за пациентите резултати. За различните заболявания са стартирани инициативи, целящи да дефинират тези резултати. Международният консорциум за измерване на здравните резултати (ICHOM) е глобален консорциум, изготвящ въпросници за измерване на значимите за пациентите резултати. Сред основните аспекти на въпросника за PROs за диабет тип 1 и тип 2 например ICHOM препоръчва измерване на психологическите симптоми на пациенти, появата на усложнения от заболяването, наличието на депресия или на депресивни симптоми (Dang, 2023). Други организации и инициативи имат разработени алтернативни въпросници с различни измерители и дефиниции.

Освен да измерват значими за пациентите резултати, изключително важно е PROs въпросниците да бъдат стандартизирани и с ясно концептуализирана рамка. Сред основните термини, чието точно дефиниране подлежи на дебат, са „качество на живот“ (quality of life – QoL) и „качество на живот, свързано със здравето“ (health-related quality of life – HRQoL). Повечето разработвани PROs въпросници използват прилаганата от FDA и от Европейската агенция по лекарствата (EMA) дефиниция, според която те включват само здравни резултати, в т.ч. физически, ментални и социални симптоми, както и данни за функционирането на пациента. Несвързаните със здравния статус аспекти като задоволеност на пациента, хранителни навици и др. не се отчитат в тези въпросници.

Съществуват различни модели, определящи връзката между различните здравни и QoL резултати. Сред най-често използваните е моделът на Wilson и Cleary, в който резултатите, докладвани от пациентите, са ясно разпределени в две групи – здравни и такива, свързани с качеството на живот, както и с влиянието на околната среда върху пациента. В този модел биологичните, физиологичните симптоми, функционалният статус и общото здравно състояние са представени като аспекти на здравния статут, т.е. QoL е концептуализирано като по-широко понятие от здравния статус.

Общият здравен статус е засегнат във въпросниците за PROs под формата на един генерализиран въпрос от типа „Каква оценка от 1 до 10 бихте дали за здравното си състояние?“. Само по себе си общо качеството на живот не пред-

ставява единична оценка, но неговите аспекти са включени в цялостната оценка на пациентите. Аспектите на общото QoL, несвързани със здравното състояние на пациента, са материална сигурност, задоволство от живота като цяло, лична безопасност и др. Според дефиницията на FDA и EMA въпросниците, измерващи общото качество на живот, не се смятат за PROs въпросници.

Обществени здравни резултати – популационна гледна точка

Значимостта и нуждата от въвеждане на устойчиви подходи в здравеопазването е неоспорима. Общественото здраве може да се определи като цялостна оценка и подобрене в здравното състояние на една група от лица или на цялото население, включвайки цялостните здравни резултати и благосъстояние, отвъд фокуса върху индивидуалните заболявания или специфичните рискови фактори за определени индивиди.

Концепцията за обществено здраве набляга върху колективния здравен статус на различни демографски групи от населението, като обхваща не само тези, които в момента страдат от заболяване, но също и лицата, които са с различно здравно състояние, с различно ниво на риск за развитие на заболяване, както и с уязвимост към заболявания. Централно място в концепцията за обществено здраве заема взаимовръзката между биологичните, социалните, икономическите, поведенческите и факторите на околната среда, които повлияват здравните резултати на обществото. В тази връзка инициативите за подобряване на общественото здраве трябва да имат за цел да се справят с факторите, въздействащи върху здравето, и да промотират равен достъп и ресурси за всички лица независимо от здравния им статус и прилежащите рискови фактори.

Измерителите за обществено здраве са групирани в четири основни групи: демографски, заболяемост, физическо развитие, социално-икономически и т.нар. интегрални показатели, например QALYs (quality-adjusted life years), DALYs (disability-adjusted life years), DFLE (disability free life expectancy) и др. Сега най-често използвани стандартни измерители за обществено здраве са болестност, смъртност, 5-годишна преживяемост и т.н. С цел да се постигне по-широк обхват на измерителите стандартно вече се измерва както QALYs, така и DALYs. В днешно време е изключително необходимо да се използват по-чувствителни измерители, които да оценяват хетерогенността на обществото и да обръщат сериозно внимание върху най-рисковите групи. Друг съществен проблем в много държави е свързан с поддържането на национални здравни регистри, оценяващи общественото здраве на популационно ниво.

В табл. 1 са представени примери за обективни измерители на здравното състояние на обществото, базирани на очаквана преживяемост и смъртност.

Таблица 1. Обективни измерители за здравното състояние на обществено ниво

Смъртност
Нестандартизирана смъртност
Възрастово обусловена смъртност
Възрастово специфична смъртност
Неонатална (под 28 дни)
Смъртност при новородени (под 1 година)
Смъртност при лица под 5-годишна възраст
Смъртност при възрастни (между 15 и 60 години)
Полово специфична смъртност
Расово специфична смъртност
Смъртност, обусловена от здравно състояние
Болестно обусловена смъртност
Основни причини за смъртност
Смъртност, причинена от тютюнопушене
Смъртност при жени в детеродна възраст
Продължителност на живот
Очаквана продължителност при раждане
Очаквана продължителност след 65 години
Ранно настъпила смъртност
Потенциално загубени години живот
Честота на преждевременна смъртност
Сумарни измерители на популационно ниво
Очаквана преживяемост в добро здравно състояние
Години живот в добро здраве
DALYs
QALYs
Измерители за неравност
Географки обусловена смъртност
Смъртност, обусловена от различни фактори (етнически, социални, икономически)
Очаквана продължителност на живот по различни фактори (етнически, социални, икономически)

Източник: Gibson Parrish, 2010.

Освен използването на обективни измерители, базирани на клинично състояние и на реални данни, на обществено ниво могат да бъдат събирани и данни, докладвани от пациентите. Ако е съпътстван от значителна административна и логистична подкрепа, този подход може да допринесе изключително много за

разработването на здравни политики и за вземането на ключови решения. В табл. 2. са представени някои субективни (докладвани от пациентите) измерители за обществено здраве.

Таблица 2. Субективни измерители за обществено здраве

Здравно състояние
Дял на възрастни лица, докладващи лошо или влошаващо се здравно състояние
Дял на възрастни, докладващи за собствено дете в лошо или влошаващо се състояние
Среден брой дни (на годишна база), прекарани в лошо физическо или психическо здравно състояние
Среден брой дни, прекарани в лошо психическо здраве през последните 30 дни
Среден брой дни, прекарани в лошо физическо здраве през последните 30 дни
Психологическо състояние
Дял на възрастни със сериозни психологически проблеми
Дял на възрастни, докладвали наличието на болка през последните 30 дни
Дял на възрастни, докладвали задоволеност от състоянието си на живот
Способност за нормално функциониране
Дял на възрастни, докладвали инвалидизиращо състояние
Среден брой дни (годишно) със слабо ниво на функциониране поради влошено физическо или психическо състояние

Източник: Gibson Parrish, 2010.

Представените индикатори могат да бъдат прилагани при разработването на популационно базирани модели за заплащане на здравни услуги. Такъв модел е например капитационното заплащане, при което предоставящите здравни услуги (лечебни заведения, отделни специалисти) получават авансово фиксирана сума за предоставяне на определени здравни грижи за фиксиран период от време. Дизайнът на този тип модели демонстрира ключовите аспекти на здравеопазване, основано на ползите, а именно повишаване на здравните ползи за обществото за сметка на редуцирани здравни разходи.

Популационно базираните методи за заплащане имат значителен потенциал за справяне с някои от най-належащите предизвикателства пред здравните системи. Постоянният натиск върху системите за здравеопазване води до по-лоши

резултати за пациентите и до нарастващо неравенство в достъпа до здравни грижи. Източници на натиск са застаряващото население, голямата тежест на заболяванията – хронични и онкологични, както и нарастващите разходи и сложност на предоставянето на здравни грижи. За справянето с този сериозен проблем и за да се премине от биомедицински модел на здравеопазване към такъв, който дава приоритет на благосъстоянието на населението, се изисква изграждането на междусекторно сътрудничество, например между секторите на първичната медицинска помощ (ПМП) и общественото здраве (ОЗ), както и имплементирането на популационно базирани модели за заплащане и такива, основани на резултати, значими за пациентите. Ключови за подобряване на общественото здраве са и действията и мерките, свързани със скрининг на населението за обществено значимите заболявания, с майчиното и детското здраве, с програмите за превенцията на онкологични заболявания, с ваксинацията, както и с повишаване на информираността на населението.

Икономически резултати

Терминът „ефективност в здравеопазването“ се свързва не само с успешното овладяване на заболяванията, но и с минимизиране на ненужните медицински интервенции, с намаляване на повторните хоспитализации и с предотвратяване на усложнения. Всичко това редуцира финансовата тежест върху болниците, застрахователните фондове и публичните здравни бюджети.

Предоставянето на медицински услуги с високо качество допринася за благосъстоянието на обществото, в частност и на продуктивността на работната сила. По-здравите хора остават по-дълго активни на пазара на труда, което води до намаляване на отсъствията от работа, до по-ниски разходи за болнични обезщетения и до повишена икономическа активност. В допълнение, намаляването на тежестта върху семействата и грижещите се лица позволява по-ефективно използване на човешкия капитал в различни сфери на икономиката. За да се оцени цялостното въздействие на медицинските услуги върху икономиката, е необходимо да се анализират не само преките разходи за лечение, но и индикатори като разходната ефективност на интервенциите, общата цена на здравните грижи спрямо постигнатите резултати и възвръщаемостта на инвестициите в превенция и иновации.

В тази част са разгледани основните икономически ползи, произтичащи от висококачественото здравеопазване, вкл. спестяванията от подобрени здравни резултати, ефективността на медицинските интервенции, влиянието върху продуктивността, оценката на общите разходи и значението на превенцията като дългосрочна стратегия за намаляване на здравните разходи и за подобряване на общественото здраве.

Повторни хоспитализации³

Сред най-значимите икономически ползи от висококачественото здравеопазване е намаляването на повторните хоспитализации и усложнения. Това е от съществено значение не само за здравето на пациентите, но и за ефективността на здравните системи, които често са натоварени с високи разходи, свързани с повторен болничен прием. Повторните хоспитализации могат да бъдат резултат от различни фактори, вкл. недостатъчно ефективно лечение, неправилно проследяване на пациента, липса на адекватна последваща грижа или неадекватно управление на хронични заболявания. Пациенти, които не получават навременно и качествено лечение или напускат болницата без ясен план за продължаващо лечение, са изложени на по-висок риск от повторно приемане, което увеличава както индивидуалните разходи за здравеопазване, така и натоварването върху медицинските институции.

Въвеждането на интегрирани модели на грижа, които включват ефективно проследяване след изписване, телемедицина, дистанционно мониториране и програми за домашна грижа, значително намалява риска от повторни хоспитализации.

- Проследяване след изписване – включва структурирани последващи прегледи, насоки за пациента и координация между различните здравни специалисти. Доказано е, че пациентите, които получават индивидуализиран план за последващи грижи, имат по-малък риск от влошаване на състоянието.
- Телемедицина и дистанционно наблюдение – технологичните решения като мобилни приложения, преносими устройства и виртуални консултации позволяват навременна намеса при влошаване на здравословното състояние, което предотвратява нуждата от повторен болничен прием.
- Програми за домашна грижа – включват медицински посещения у дома, насоки за самостоятелно управление на заболяването и подкрепа за пациентите и техните семейства.

Финансовите ползи от намалените повторни хоспитализации са съществени. Разходите за всяка хоспитализация включват не само директни медицински разходи (престой, медикаменти, медицински персонал), но и индиректни загуби, свързани с пропуснати работни дни, намалена продуктивност и увеличено

³ Повторна хоспитализация (рехоспитализация) е повторно приемане на пациента в болнично лечебно заведение за същото заболяване след предходното лечение в рамките на определен период (според Националният рамков договор – 30 дни).

натоварване върху семействата. Прилагането на висококачествени здравни грижи, насочени към превенция и ранна интервенция, съкращава тези разходи и допринася за дългосрочната устойчивост на здравните системи.

Предоставянето на оптимизирани и базирани на доказателства медицински услуги може да окаже значително влияние върху намаляването на риска от усложнения, свързани с хирургични интервенции, инфекции, нежелани лекарствени реакции и други неблагоприятни събития. Усложненията не само влошават здравословното състояние на пациентите, но и водят до значително увеличение на разходите за лечение, до удължен болничен престой и до допълнителна тежест върху здравната система.

Постоперативните инфекции например могат да доведат до допълнителни дни на хоспитализация, до необходимост от повторни интервенции и до повишена употреба на антибиотици, което покачва както индивидуалните, така и разходите за здравната система. Въвеждането на строги протоколи за превенция на вътреболничните инфекции, вкл. задължителна дезинфекция на ръцете, стриктен контрол на антибиотичната терапия и подобрени мерки за стерилност в операционните зали, може значително да ограничи честотата на инфекциите и съответните финансови загуби.

Нежелани лекарствени реакции и минимално инвазивни процедури

Подобряването на качеството на медицинските услуги понижава риска от грешки при предписването и при прилагането на медикаменти. Нежеланите лекарствени реакции са сред водещите причини за предотвратими хоспитализации и могат да увеличат значително разходите за здравеопазване. Чрез внедряване на електронни системи за предписване на лекарства и на автоматизирани проверки за лекарствени взаимодействия болниците могат да намалят риска от грешки и да подобрят безопасността на пациентите. В допълнение, използването на минимално инвазивни хирургични техники ограничава риска от следоперативни усложнения като кръвозагуба, инфекции и образуване на тромби, което води до по-бързо възстановяване и до по-ниски разходи за рехабилитация. Инвестициите в качеството на медицинските услуги, в обучението на персонала и в прилагането на иновативни технологии не само подобряват здравните резултати, но и осигуряват дългосрочни спестявания за здравната система, като понижават разходите за допълнително лечение, предотвратими хоспитализации и усложнения.

Разходна ефективност

За постигането на оптимален баланс между разходите и здравните резултати медицинските интервенции трябва да бъдат не само клинично ефективни, но и икономически оправдани. Разходната ефективност е ключов фактор при взема-

нето на решения в здравеопазването, особено в условия на ограничени ресурси и нарастващи здравни нужди на населението.

Анализът на разходната ефективност дава възможност да се определи дали дадена медицинска технология или лечение осигурява по-добри резултати в сравнение със съществуващите алтернативи при същото или при по-ниско ниво на разходи. Този анализ е особено важен за здравните системи, които се стремят към устойчивост, като вземат предвид както преките медицински разходи (болничен престой, медикаменти, процедури), така и непреките икономически загуби (пропуснати ползи, намалена продуктивност, социална тежест върху населението).

Оценката на разходната ефективност често се основава на показатели като добавени години живот с добро качество (quality-adjusted life years – QALYs) и инкрементално съотношение на разходна ефективност (incremental cost-effectiveness ratio – ICER). QALYs измерва не само продължителността на живота, но и неговото качество след дадена медицинска интервенция. ICER се прилага за сравнение на разходите и на ползите от различни лечения, като се изчислява съотношението между допълнителния разход за дадена терапия и броя на спечелените QALYs. Нисък ICER за една терапия спрямо друга се тълкува за разходно ефективно.

Анализ на разходите за лечение на диабет показва, че инвестицията в технологии за продължително мониториране на кръвната захар води до спад в честотата на хипогликемичните и хипергликемичните кризи. Това подобрява качеството на живот на пациентите и същевременно намалява хоспитализациите, честите лекарски консултации и риска от усложнения като диабетна ретинопатия и бъбречна недостатъчност. В крайна сметка, макар че първоначалните разходи за иновативни устройства за мониторинг може да изглеждат високи, те се изплащат многократно чрез ограничаване на тежките усложнения и на нуждата от продължителни медицински интервенции.

Програми за превенция

Доказано икономически ефективни интервенции със значително въздействие върху бюджета на платеща са ваксинационните програми и програмите за скрининг и ранна диагностика.

Респираторните заболявания като хроничната обструктивна белодробна болест (ХОББ) са водеща причина за загубени работни дни и за преждевременно пенсиониране поради инвалидност. Ранното диагностициране и адекватното лечение с инхалаторни кортикостероиди и бронходилататори могат да редуцират честотата на обострянията на болестта, което е пряко свързано с по-малко отсъствия от работа и с по-висока продуктивност.

Превантивните мерки и ранната диагностика са ключови инструменти за намаляване на тежестта на заболяванията върху здравната система и върху обществото като цяло. Те позволяват да се избегнат скъпоструващи лечения и дългосрочни усложнения, като в същото време подобряват качеството на живот на пациентите. Ваксинациите, скрининговите тестове, обществените здравни програми и ранната интервенция са сред най-рентабилните стратегии за подобряване на общественото здраве. Ваксините са едно от най-ефективните средства за предотвратяване на инфекциозни заболявания и за съкращаване на свързаните с тях разходи за лечение, хоспитализация и дългосрочни грижи. Например:

- HPV ваксинацията значително намалява честотата на рак на маточната шийка, който изисква продължително и скъпо лечение, вкл. хирургични интервенции, химиотерапия и лъчетерапия.
- Грипната ваксина ограничава заболеваемостта и необходимостта от болнични грижи, особено сред възрастните хора и тези с хронични заболявания. Това води до понижаване на разходите, свързани с пропуснати работни дни, с амбулаторни посещения и с интензивно лечение при тежки случаи.
- Ваксинацията срещу пневмококови инфекции предотвратява пневмония, менингит и други сериозни заболявания, които често стават причина за хоспитализация и за усложнения при уязвими групи.

Откриването на заболявания в ранен етап не само увеличава шансовете за успешно лечение, но и значително съкращава разходите за продължително лечение на напреднали стадии на болестта. Освен медицинските интервенции обществените здравни кампании играят съществена роля за превенцията на хронични заболявания като сърдечно-съдови заболявания, диабет и хипертония.

Пропуснати ползи и социална тежест

Влошеното здраве често намалява не само броя на работните дни, но и ефективността на служителите на работното място. Това явление, известно като презентеизъм (присъствие на работа с намалена продуктивност), може да доведе до значителни икономически загуби, които надхвърлят тези, свързани с директните отсъствия. Проучванията показват, че инвестициите в здравни програми за служители – профилактични прегледи, достъп до качествено лечение и насърчаване на здравословния начин на живот, могат да увеличат общата работоспособност и да ограничат загубите, свързани с хронични заболявания.

По-ефективното лечение подобрява състоянието на пациентите, но заедно с това намалява тежестта върху техните семейства и близки, които често изпъл-

няват ролята на неформални болногледачи. В случаите на тежки хронични заболявания или инвалидизиращи състояния семействата отделят значително време и ресурси за грижа, което може да ограничи тяхната възможност да работят и да генерират доходи.

При пациенти с деменция или с напреднали неврологични заболявания като Паркинсон семействата често трябва да осигуряват интензивни грижи, което отслабва тяхната работоспособност и социална ангажираност. Въвеждането на иновативни модели на грижа като телемедицински консултации, дневни центрове за пациенти и програми за домашно здравно обслужване, т.е. организирането на програми за координирана дългосрочна грижа, може значително да облекчи тази тежест. Такива програми не само подобряват качеството на живот на пациентите, но и позволяват на болногледачите да останат икономически активни, като ограничават загубите от пропуснати работни часове и понижена продуктивност. В допълнение, подобреното лечение и управление на заболяванията води до намаляване на необходимостта от дългосрочна социална подкрепа като помощи за инвалидност, социални услуги и институционализирана грижа. Това освобождава публични средства, които могат да бъдат пренасочени към други приоритетни здравни или социални инициативи.

Дискусия

Подходите, ориентирани към здравните резултати, представляват ключов елемент за подобряване на качеството на медицинските услуги. Здравеопазването, основано на ползите (VBHC), променя фокуса от количествени показатели към реалното въздействие върху здравето на пациента (качествени показатели), като съчетава клинични резултати и икономическа ефективност. Чрез прилагане на стратегически измервания и стимули за подобряване на резултатите здравните системи могат да осигурят по-добра стойност за пациентите и устойчиво развитие в сектора.

Реалните примери за внедряване на VBHC и по-специално на модела за пакетни плащания (bundle payments), както демонстрира опитът от Стокхолм, потвърждават, че интегрираният и резултатно ориентиран подход може да трансформира здравеопазването. Чрез обединяването на различни лечебни етапи в един пакет и насърчаването на мултидисциплинарното сътрудничество се постигат значителни подобрения както в клиничните резултати, така и в икономическата ефективност. Подобни модели, съчетани с принципите на организации за отговорни грижи (accountable care organizations), създават устойчива основа за бъдещото развитие на здравните системи, където в центъра на вниманието са качеството на грижите и ефективното разпределение на ресурсите.

Заклучение

В България постигането на ориентирано към резултатите качество на медицинските услуги освен с общите глобални предизвикателства се сблъсква с няколко специфични за страната пречки. Основните проблеми включват недостатъчна дигитализация с ограничено прилагане на интегрирани електронни здравни досиета, което стеснява ефективното наблюдение и анализ на резултатите от лечението на пациентите. Освен това постоянният недостиг на работна сила в здравеопазването, обусловен от емиграцията на квалифицирани специалисти, оказва отрицателно въздействие върху качеството на грижите. Слабата ангажираност на пациентите и недостатъчната здравна грамотност допълнително намаляват ефективността на интервенциите и могат да доведат до пониско качество на медицинската услуга, тъй като пациентите може да не разбират напълно или да не се придържат към препоръчаните начини на лечение. Същевременно административната сложност и регулаторната тежест отклоняват вниманието на здравните специалисти от клиничните задачи и от дейностите за подобряване на качеството, като понижават капацитета им за приоритизиране на резултатите за пациентите.

Принос на авторите

Боян Ликоманов описва подробно ползата от измерването на клинични резултати като основен път за въвеждането на здравеопазване, базирано на качеството.

Ивелина Янкова очертава детайлно икономическите ползи от въвеждането на здравеопазване, базирано на качеството и измерване на резултати, значими за пациентите.

Венета Тодорова има принос с експертно мнение, както и за цялостното оформление на текста.

Адриана Дачева допринася с организация на работата и с експертно мнение в различни области на изследването.

Тони Веков допринася с експертно мнение по различни точки от изследването.

Петко Салчев допринася за разработването на концепцията и с експертно мнение по въпросите за финансирането на здравни услуги и въвеждането на подходи за заплащане на медицински услуги, основани на качеството.

Славейко Джамбазов допринася със задълбочените си познания относно здравеопазването, основано на ползите, за разработването на цялостната концепция на изследването.

Конфликт на интереси

Авторите декларират липса на конфликт на интереси.

Използвана литература

- Dang, A. (2023). Real-World Evidence: A Primer. *Pharmaceut Med.*, 37 (1), 25. Available at <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9815890/> (last access 2025, March 10).
- FDA. *Patient-Reported Outcome Measures: Use in Medical Product Development to Support Labeling Claims*. Available at <https://www.fda.gov/regulatory-information/search-fda-guidance-documents/patient-reported-outcome-measures-use-medical-product-development-support-labeling-claims>
- Gibson Parrish, R. (2010). Cdc for. Measuring Population Health Outcomes. *Prev. Chronic Dis.*, 7 (4), A71. Available at <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2901569/> (last access 2025, April 1).
- Kaplan, R. S., Bower, M. (2018). *Overcoming the Barriers to Implementing Value-Based Health Care*. Harvard Business School. Available at https://oralhealth.hsds.harvard.edu/files/oralhealth/files/bob_kaplan.pdf
- McKinsey (2018). *Real-world evidence: From activity to impact in healthcare decision making*. Available at <https://www.mckinsey.com/industries/life-sciences/our-insights/real-world-evidence-from-activity-to-impact-in-healthcare-decision-making> (last access 2025, March 10).
- NEJM Catalyst. (2025). *What Is Value-Based Healthcare?* Available at <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.17.0558>
- New Cancer Bundle from CMS: the Enhancing Oncology Model. Available at <https://www.urotoday.com/library-resources/health-policy/145595-new-cancer-bundle-from-cms-the-enhancing-oncology-model.html> (last access 2025, March 11).
- Salchev, P., Dimitrov, Pl., Vekov, T., Dzhambazov, S. (2018). *Rakovodstvo za otsenka na zdravnite tehnologii*. Sofiya: NTSOZA. [Салчев, П., Димитров, Пл., Веков, Т., Джамбазов, С. (2018). *Ръководство за оценка на здравните технологии*. София: НЦОЗА] (in Bulgarian).
- Teisberg, E., Wallace, S., O'Hara, S. (2019). Defining and Implementing Value-Based Health Care: A Strategic Framework. *Acad. Med.*, 95 (5), 682–685. Available at <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7185050/> (last access 2025, April 1).

Боян Ликоманов е старши експерт по здравни технологии в HTA Ltd., България, boyan@hta.bg

Ивелина Янкова е експерт по здравни технологии в HTA Ltd., ivelina@hta.bg

Адриана Дачева е доктор по социална медицина и здравен мениджмънт, партньор и оперативен директор в HTA Ltd., Adriana@hta.bg

Венета Тодорова е доктор по миокардната регенерация чрез мобилизация на стволови клетки, ръководител на екип в HTA Ltd., veneta@hta.bg

Тони Веков е доктор на науките, професор в Научната организация за сърцето и мозъка, <https://tonivekov.com/>

Петко Салчев е доктор по социална медицина и управление на здравеопазването, професор в Националния център по обществено здраве и анализи, доцент в Института за икономически изследвания при Българската академия на науките, petkosalchev@yahoo.com

Славейко Джамбазов е доктор по социална медицина и здравни технологии, основател и управляващ партньор в HTA Ltd., SlaveykoDjambazov@hta.bg

Boyan Likomanov is a Senior HTA expert at HTA Ltd., Bulgaria, boyan@hta.bg

Ivelina Yankova is a HTA Expert at HTA Ltd., ivelina@hta.bg

Adriana Dacheva, PhD, is a Partner and operations director at HTA Ltd., Adriana@hta.bg

Veneta Todorova, PhD, is a team lead at HTA Ltd., veneta@hta.bg

Toni Vekov, D.Sc., is a Professor at the Heart and Brain Scientific Organization, <https://tonivekov.com/>

Petko Salchev, PhD, is a Professor at the National Center of Public Health and Analyses, Associate Professor at the Economic Research Institute at the Bulgarian Academy of Sciences, petkosalchev@yahoo.com

Slaveyko Djambazov, PhD, is a founder and managing partner at HTA Ltd., SlaveykoDjambazov@hta.bg

METHODS FOR QUALITY IMPROVEMENT OF MEDICAL SERVICES IN BULGARIA

Abstract: The quality of medical services is a key indicator of the health system's success. Traditionally, it has been assessed through the accessibility and effectiveness of services provided. However, modern approaches emphasising the real impact on patient health measure it through health outcomes (clinical, CROMs, patient-reported outcomes, PROs). This shift from process-oriented to outcome-oriented models is at the heart of the concept of patient-centred healthcare. Outcome-oriented approaches are a key element in improving the quality of healthcare services. Patient-centred healthcare shifts the focus from quantitative indicators to the real impact on health, combining clinical outcomes and cost-effectiveness. By implementing strategic measurements and incentives to improve outcomes, health systems can deliver better added value for patients and contribute to sustainable development in the sector.

Keywords: value-based healthcare; pay-for-performance; patient-centred approach

JEL codes: I11; I15; H44; L38; O31

Как да се цитира тази статия:

How to cite this article:

Likomanov, B., Yankova, I., Dacheva, A., Todorova, V., Vekov, T., Salchev, P., Djambazov, S. (2025). Vazmozhnost za podobrenie na kachestvoto na meditsinski uslugi v Bulgariya. (Methods for Quality Improvement of Medical Services in Bulgaria). *Economic Thought Journal*, 70 (3), 277-300 (in Bulgarian).
<https://doi.org/10.56497/etj2570301>

Приложение

Списък на използваните съкращения

CROM	Clinician-reported outcome measures (резултати, докладвани от клиницисти)
DALY	Disability-adjusted life years (години живот с нарушено качество на живот)
DFLE	Disease-free-life expectancy (очаквана продължителност на живота без заболяване)
EMA	European Medicine Agency (Европейска агенция по лекарствата)
FDA	Federal Drug Administration (Агенция за храни и лекарства на САЩ)
HRQoL	Health-related quality of life (качество на живот, свързано със здравето)
ICHOM	International Consortium for Health Outcomes Measurement (Международен консорциум за измерване на здравните резултати)
ISPOR	International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (Международно дружество за фармакоикономика и изследвания на резултатите)
PRO	Patient-reported outcome (резултати, докладвани от пациентите)
PROMs	Patient-Reported Outcome Measures (показатели, докладвани от пациентите)
QALY	Quality-adjusted life years (години живот с добро качество)
QoL	Quality of life (качество на живот)
RWD	Real-world data (данни от реалния свят)
RWE	Real-world evidence (доказателства от реалния свят)
VBHC	Value-based healthcare (здравеопазване, основано на ползите)