

**Prof. Vásárhelyi Barna**  
egyetemi tanár

**Tisztelt Vásárhelyi Professor Úr!**

Nagyon köszönöm, hogy elvállalta MTA doktori értekezésem bírálatát. Köszönöm a nagyon hasznos észrevételeit és kérdéseit, melyek lehetőséget adtak arra, hogy kutatásainkat új szempontok szerint gondoljam végig.

Köszönöm támogató állásfoglalását.

A bírálatban felvetett kérdésekre az alábbiakban válaszolok.

*1. kérdés: A munka jelentős részben egészségpreferenciákkal foglalkozik. Mi a véleménye, ezek az idő múlásával társadalmi szinten mennyire stabilak? Milyen gyakran javasolja ezek ismételt értékelését, milyen gyakran tartja szükségesnek revideálni őket? Lát-e lehetőséget arra, hogy ezeket társadalmi szinten befolyásolják?*

Nagyon fontos kérdés, köszönöm Vásárhelyi professor úrnak a felvetést. A lakosság preferenciáinak változására számos példát látunk az élet különböző területein: az új technológiák megjelenésével hogyan változik, milyen kommunikációs csatornákat használnak szívesebben az emberek (telefonhívás, sms, email, messenger, személyes találkozás); a COVID-19 pandémia hatására az irodában vagy home-office-ban végzett munkát részesítik előnyben. Az egészségi állapotok preferáltságának vonatkozásában is feltételeznünk kell, hogy a társadalom összetételének változása (például a korfa eltolódása az idősebbek, a magasabb iskolázottságúak felé), jelentős külső változások (pl. infrastruktúra fejlődése), új technológiák megjelenése befolyásolják az eredményeket. Az országok közötti hasznosságérték különbségek is azt sugallják, hogy a társadalmi változások módosíthatják a lakosság egészséggel kapcsolatos preferenciáit.

Az ismétlés ütemének meghatározásához véleményem szerint figyelembe kell venni a.) a társadalmi változásokat, b.) a technológiai változásokat, c.) milyen módszerrel történt a preferenciamérés és milyen tényezők befolyásolják az adott módszert. (van Nooten 2018) Kutatások igazolták, hogy az idő-alku módszerrel (mely az élethossz és az életminőség közötti

választásokon alapul) felvett eredményeket befolyásolja a szubjektíve várt élettartam. (van Nooten 2009; Lipman 2020) Más módszereknél (pl. diszkrét választás módszere, legjobblegrosszabb skála, melyeket mi is használtunk a CarerQol, illetve az ICECAP-A értékkészletek kialakítására; (Baji 2020; Farkas 2021)), nem merül fel élesen ez a hatás.

Az EQ-5D mérce és az értekezésemben bemutatott CarerQol és ICECAP-A/-O preferencia-alapú mércék vonatkozásában nem ismerek olyan tanulmányt, amelyben azonos módszerrel ismételt felmérték volna egy adott populációban a hasznosság súlyokat. Az EQ-5D-3L több mint 30 éves történetében végeztek ismételt hasznosság értékkészlet felvételt (USA: 2005-ös és 2017-es adatfelvétel), a vizsgálatok módszertani különbségei miatt azonban ezek nem alkalmasak a preferenciák összehasonlítására. (EuroQol Group 1990, Show 2005, Law 2018) A CarerQol és ICECAP-A kérdőívek jóval fiatalabbak, itt az első értékkészletek kialakítása, az országok közötti különbségek elemzésénél tartanak a kutatások. Ismereteim szerint tehát tudományos evidencia nem áll rendelkezésre ezen egészség-preferenciák stabilitására. Populációs szinten *10 éves időtávon* gondolnék ismétlésre, de érdemes lenne kisebb mintán akár 5 év távlatában egy próba-visszamérést végezni. Az újabb, EQ-5D-5L verzió esetében a hasznosság felmérés magas szintű standardizálása megteremti a lehetőséget az ismételt felmérések felé, így reményeim szerint a jövőben lesznek ilyen vizsgálatok (házánkban is) és többet megtudunk erről a kérdésről.

Az egészségi állapotokkal kapcsolatos preferenciákat meglátásom szerint csak korlátozottan lehet befolyásolni társadalmi szinten. Az egészségi állapotok elfogadottságával kapcsolatos kutatásunk is azt igazolta, hogy a nagyon súlyos állapotokat semmilyen életkorban nem tartják elfogadhatónak az emberek (értekezés 5.5.1 alfejezet), ezekkel az állapotokkal kapcsolatosan stabil diszpreferenciát várok hosszú távon. A közepes / enyhe egészségproblémákkal kapcsolatos preferenciáknál szerepe lehet a *társadalmi kultúra változásának* (pl. a dysmenorrhoea és sok más fájdalom évezredekken át természetes volt, ma már nem az), az *egészségműveltségnek* (mennyire ismeri a lakosság az adott egészségproblémát, a megelőzés lehetőségeit, a terápiákat és megküzdési módokat) és a *hatékony terápiákhoz való hozzáférésnek* (mennyire gyógyítható a baj, van-e terápia), ezeken a pontokon látok lehetőséget társadalmi szintű befolyásolásra. (Példa az egészségműveltségre: Egy társadalmi stigmatizációt okozó egészségprobléma - pl. látható bőrbetegség, végtaghiány, mentális zavarok - preferáltsága változhat, ha felvilágosító programokkal sikerül a társuló stigmatizációt csökkenteni. Példa a hatékony terápiákra: Egy olyan ellátórendszerben, ahol a mozgásproblémákra fejlett technológiai és szociális segítség áll rendelkezésre és érhető el - pl.

közlekedés infrastruktúra, korszerű segédeszközök, otthonátalakítás támogatása, betegszállítás -, ott a mozgás területén jelentkező problémákat valószínűleg kisebb súllyal fogják értékelni a lakosok.)

Fontos megemlíteni, hogy a lakossági hasznosság értékek mellett egyre nagyobb teret kapnak a betegcsoportokon felvett hasznosság értékek. Élénk szakmai vita tárgya ez az egészségügyi közgazdaságtanban és úgy tűnik egyre több érv szól amellett, hogy a lakossági preferenciaértékeken alapuló, társadalmi nézőpontból felvett QALY nyereséget az érintett betegek szempontjából is számoljuk ki, az adott betegség betegcsoportjain felvett hasznosság értékészletek alkalmazásával. (Versteeg 2016; Ludwig 2021) A betegeknél gyorsabb változásokat tudok elképzelni, mint az általános lakosságban attól függően, hogy milyen új terápiás lehetőségek jelennek meg, a preferencia felmérés ismétlési ütemét ettől tenném függővé betegcsoportok esetében.

*2. kérdés: Az elemzések során számos paramétert vettek figyelembe, a világnézetet azonban nem. Mi ennek az oka? Mi a véleménye, ez a paraméter pl. az egészségpreferenciát nagymértékben befolyásolja-e? Egy másik paraméter a gyermekek száma – bár a családi állapotra rákérdeztek, a leszármazottakra nem. Ennek különösen akkor lehet jelentősége, amikor valaki a családtól várja el a gondozást. Mi erről a véleménye?*

Az egészség-preferenciákkal kapcsolatos kutatásainkban valóban nem vizsgáltuk a világnézeti kérdések hatásait. Elsődleges célunk az értékészletek felmérése volt, erre állítottuk össze a vizsgálatokat, és csak másodlagosan végeztünk elemzéseket a lehetséges magyarázóváltozókra.

Az EQ-5D egészségi állapot preferenciák (különösen az idő-alku módszerrel felvett értékek) és vallásosság kapcsolatát már több országban is igazolták korábbi kutatásokban. (Jakubcyk 2016; Barry 2018) A három országos CarerQol értékészlet vizsgálatunkban azt találtuk (értekezés, 120. oldal), hogy Lengyelországban a CarerQol gondozással összefüggő „Elégedettség” dimenziója kapta a legnagyobb hangsúlyt és feltételezzük, hogy a lengyelek vallásossága szerepet játszott ebben. Az eredményt látva utólag mi is azt gondoljuk, hogy ebben a kutatásban nagyon hasznos lett volna felvenni a világnézetre vonatkozó adatot.

A gyermekek számával kapcsolatos kérdésre reflektálva: A CarerQol felmérésben a válaszadóval egy háztartásban élő 18 éves személyek számát kérdeztük meg. A mozaikcsaládok miatt úgy gondoltuk, ez a releváns kérdés és nem tettünk különbséget saját és nem saját

gyermek között, de lehet, hogy érdemes lett volna ezt mélyebben feltárni. Eredményeink azt mutatták, hogy a lakossági mintákban szignifikánsan különbözik a CarerQol érték a gondozó és a gondozott rokonsági fokától függően és mindhárom országban jobb gondozói életminőségről számoltak be azok, akik a saját gyerekeiket gondozták (más családtagok gondozásához képest). (Értekezés 111. oldal.) Továbbá, szakirodalmi adatok igazolják, hogy a preferencia feltáró módszerek egy részét (idő-alku, standard játszma) befolyásolhatja a válaszadó szülői mivolta. (Matza 2014) Ezek az eredmények megerősítik Vásárhelyi Professor úr felvetését, hogy a szocio-demográfiai jellemzők vizsgálatakor, különösen, ha informális gondozásról van szó, a lehetőségekhez mérten érdemes részletesebben felmérni a válaszadó gyermekeire vonatkozó adatokat.

A gondozással kapcsolatos szubjektív várakozások kutatásunkban felmértük, hogy a válaszadónak hány gyermeke van, mennyi idős a legfiatalabb és legidősebb gyermeke, de ezekről terjedelmi korlátok miatt nem írtam részletesen az értekezésemben, az adatokat az eredeti publikációban közöltük. (Péntek 2019) A válaszadók 69,8%-ának volt gyermeke (bármilyen életkorú), 34,1%-nak egy gyermeke volt (átlagos életkor 24,5, SD15,8 év), a több gyermekes válaszadónál a legfiatalabb átlagosan 26,6 (SD=14,0) éves volt (tartomány: 0-61 év), a legidősebb átlagosan 32,7 (SD=13,4) éves (tartomány 0-65 év). Ezekon az adatokon tervezzük korcsoportok figyelembevételével modellezni, hogy az életkor előrehaladtával hogyan változik a szubjektíve várt informális ellátási szükséglet és a (potenciális gondozó) gyermekek életkora, ezen belül is a munkaképes korúak aránya.

**3. kérdés:** *A munka 33. oldalán az egészséggel kapcsolatos munkaképességről van szó. Mi a véleménye, ez a mutató a társadalom digitalizációjával, az otthoni munkavégzéssel összefüggésben változik-e? Ha igen, akkor az Önök által használt WPAI kérdőív információs tartalma stabil-e?*

Köszönöm a kérdést, nagyon időszerű és releváns felvetés. A munkahelyek átalakulásával, a fizikai munkáktól a szellemi munkák felé való eltolódással, a digitalizáció térnyerésével, az otthoni munkavégzés elterjedésével két fő kérdés helyeznék előtérbe: a.) a munkaképesség mérésének korábbi megközelítése (absenteeism és presenteeism) tartható-e; b.) a korábban kifejlesztett mércék validak-e a jelen munkaviszonyok között vagy módosításra szorulnak.

Hollandiában egy 851 aktív dolgozó bevonásával végzett vizsgálatban azt találták, hogy a COVID-19 pandémia miatti lezárások alatt átlagosan 14%-kal (!) csökkent a fizetett munkával

töltött órák száma, a résztvevők több időt töltöttek nem fizetett munkával (pl. családi feladatok) és szabadidős tevékenységekkel. (Huls 2021) Ez igen jelentős változás, tehát igen, úgy gondolom, a munkakörülmények változásával módosulhat a lakossági normaérték és a WPAI kérdőív információs tartalma. A mércék validitásával kapcsolatban a COVID-19 pandémia tapasztalatai alapján Brouwer és munkatársai arra hívták fel a figyelmet, hogy az egészség-gazdaságtani értékelés céljából felvett absenteeism eddigi mérési módszerei, *a munkaórák objektívizálása*, a kérdőívek *szövegezése* revideálásra szorulnak az otthoni munkavégzés elterjedése miatt. (Brouwer 2021) A különböző életminőség és más, a betegek véleményén alapuló mércék – az orvostudomány egyéb területeihez hasonlóan – fejlődnek, új verziókat fejlesztenek ki (pl. EQ-5D-3L és EQ-5D-5L változat), a munkaképesség mérése sem lehet kivétel ez alól.

*4. kérdés: Az elemzések során nem vettek figyelembe pszichés állapotra vonatkozó mutatókat (pl. Beck-féle depressziós skálát sem használtak). Mi a véleménye, nem lenne-e értelme ezekre is kiterjeszteni az értékeléseket, különösen a gondozással összefüggő életminőség mérése terén?*

Lakossági kutatásainkban valóban nem alkalmaztunk betegség-specifikus kérdőíveket a pszichés állapot felmérésére, melyek által teljesebb képet kaphattunk volna a válaszadókról. A pszichés állapotot döntően a széles körben használatos és validált EQ-5D kérdőívek szorongás/lehangoltság (illetve az 5L verzióban: szorongás/depresszió) doménjével vizsgáltuk, valamint jól-lét mércéket, boldogság vizuális analóg skálát használtunk. A CarerQol kérdőív harmadik tétele az informális gondozó saját mentális egészségi állapotát méri fel: „Nekem nincs/némi/sok problémám van a saját mentális egészségemmel (például stressz, félelem, borús hangulat, depresszió, jövővel kapcsolatos aggodalmak).” Ismereteim szerint még nem vizsgálták a CarerQol és a Beck Depresszió Skála kapcsolatát. Igen, érdemes lenne ebben az irányban kutatásokat végezni, különösen, ha egyidejűleg lehetőség van a diagnózis orvosilag alátámasztott igazolására és terápiás adatok felvételére is.

*5. kérdés: A kérdőíves vizsgálatokban igen nagy számú beteg vett részt. Van-e viszont esetleg arra vonatkozó adat, hogy a betegek hány százaléka zárkózott el attól, hogy a kérdőíves vizsgálatokban részt vegyen? Bár említette, hogy az online felmérésben szelekciós hatása lehet a számítógéphez való hozzáférésnek, mi a véleménye, a torzítás lehet-e olyan mértékű, hogy az már a minta reprezentatív jellegét is érintheti?*

A lakossági felmérések során nem állt rendelkezésre a részvételi hajlandóságra vonatkozó adat. Online mintáinkban a főbb demográfiai jellemzőkre való reprezentativitást céloztuk meg, a mintavétel összeállítására és a válaszadók toborzására nagy gyakorlattal rendelkező piackutató cégeket bízunk meg. Ez elfogadott módszer a nemzetközi gyakorlatban, az online tudományos kutatások jelentős része ma így történik. Az így létrejött (a fő demográfiai jellemzőkre reprezentatív) online minta a szelekciós hatás miatt valószínűleg több fontos és kevésbé fontos jellemző szerint nem reprezentatív a teljes lakosságra, amit az eredmények értékelésében és általánosíthatóságában figyelembe kell venni. A nemzetközi szakirodalmi gyakorlatot követve ezeket „az online lakosságra reprezentatív minta”-ként értelmeztük. Ezért is törekedtünk az online kutatások mellett jelentős számú, számítógéppel segített személyes interjúk formájában végzett lakossági felmérésekre (EQ-5D értékkészlet N=1000, ICECAP-A értékkészlet N=1000, lakossági egészségi állapot felmérés N=2021), ahol a mintavételek más módszereket (pl. valószínűségi mintavétel, területkiválasztás véletlen séta módszerrel) követték. (Rencz 2020; Farkas 2021; Péntek 2021)

A COVID-19 pandémia miatt még inkább eltolódtak a kutatások az online mintavétel felé és azt gondolom, a jövőben a kivitelezhetőség, az időfaktor, a költségek, az új informatikai eszközök (pl. mobilelefonos applikációk) térhódítása miatt egyre több online vizsgálat lesz. 2019-ben az európai felmérés (Eurostat) keretében a Központi Statisztikai Hivatal által végzett Európai lakossági egészségfelmérésben (ELEF) a résztvevők már választhattak az online felületen vagy a négy szemközti válaszadás között. (KSH 2019) Egyre nagyobb szükség lesz olyan statisztikában jártas szakértőkre, akik részt vesznek a mintavétel összeállításában és az elemzésekben, hogy a szelekciós torzító hatás minél jobban kiküszöbölhető legyen.

A krónikus betegek körében végzett felméréseknél nem rögzítettük a részvételt elutasító betegek számát. A kérdőíves felmérésben résztvevő Kollégákra így is nagyon sok feladat hárult az adatgyűjtéssel, szeretnék ez úton ismételtlen köszönetet mondani a bizalmukért és nagyszerű munkájukért! A mindennapi betegellátást nem akartuk további adatrögzítéssel terhelni és legtöbbször a különböző mércék kapcsolatát elemeztük, amit nem befolyásolt érdemben, hogy vannak nem válaszoló páciensek. A betegmintákról már a tervezésnél tudtuk, hogy nem várható a teljes betegpopulációra reprezentatív minta, ezért törekedtünk a betegségjellemzők széles körű felmérésére (pl. betegség-súlyosság) és betegség-stádium szerinti elemzésekre.

*6. kérdés: Számomra úgy tűnik, hogy az eHEALS önkitöltős kérdőív általános kérdéseket tartalmaz. Talán ezek a valóságot nem tükrözik feltétlenül pontosan. Mi a véleménye: nem lett volna-e pontosabb, ha a válaszadók valamilyen konkrét kérdést, feladatot kapnak (pl. konkrét egészségügyi kérdést és erre az internet alapján keresik meg a választ)? Munkájában említi, hogy érdemes lenne egészségismeret-fejlesztő programokat kínálni az ezen a téren hiányosságokkal küzdő betegeknek. Van-e erre valamilyen próbálkozás?*

Nagyon fontos kérdés, köszönöm Vásárhelyi professzor úr felvetését. Az eHEALS mérceét 2006-ban fejlesztették ki (Norman 2006), 148 nyelven 26 különböző országban tesztelték (Lee 2021), ez a legelterjedtebben alkalmazott mérce a digitális egészségműveltség mérésére. Ezért tartottuk fontosnak, hogy hozzuk létre, validáljuk a magyar nyelvű verziót és mérjük fel az (online) lakossági normaértékeket. Az eHEALS számos kritikát kapott az elmúlt években, a fő visszatérő kérdés, hogy valójában mit is mér? Hollandiában reumatológiai betegek és az általános lakosság körében vizsgálták az eHEALS validitását, mely során objektív méréseket is végeztek: a résztvevőknek különböző internetes feladatokat kellett magadott időn belül kellett teljesíteni. (van der Vaart 2011) A gépek az egyetemi hálózatba voltak bekötve, a kutatásvezetők így tudták követni a feladatok végrehajtását. A válaszadók által érzékelt jártasság (eHEALS) és az objektív feladatokkal mért valós teljesítmény között nem találtak jelentős összefüggést. Ehhez hasonló objektív feladatok kivitelezése a lakossági felmérésünkben bonyolultabb technikai háttérrel igényelt volna, ezért kellett eltekintenünk tőle, de feltételezem, hogy hasonló eredményre jutottunk volna.

Az eHEALS mérce szubjektív önértékelésen alapul (pl. „Tudom, hogy milyen egészséggel kapcsolatos információforrások érhetők el az interneten”), ezt a szubjektív percepciót tükrözi a kérdőív, ezt tartom fontosnak kiemelni és eszerint javaslom használni. De önmagában az is értékes ismeret, ha fel tudjuk mérni, melyik páciens gondolja úgy, hogy képes jól keresni és értelmezni az interneten található egészséggel kapcsolatos információkat és azt figyelembe vesszük az ellátása során! A digitalizáció térnyerésével nagyon fontos lenne egy, a valós digitális egészségműveltséget mérő eszköz, ez idáig azonban még nem fejlesztettek ki ilyet. (Lee 2021)

Magyarországon nem tudok olyan kezdeményezésről, amely a digitális egészségműveltség fejlesztését célozta volna meg a lakosság, a páciensek, esetleg informális gondozóik körében. (Ha volt/van ilyen, elnézést kérek - örömmel veszem, ha megosztják velem.)

*7. kérdés: Laboratóriumi szakemberként muszáj megkérdezzem: a 43. oldalon említi, hogy az infliximab és biosimilar költséghatékonysági elemzések során a monitorozási költségeket is figyelembe vették. A monitorozás részének tekintették a gyógyszer szint-mérést és az ellenanyag szint-mérést is?*

A monitorozási költségek kiszámolásához a szakmai irányelv által előírt, rutinszerűen elvégzendő laboratóriumi vizsgálatokat vettük figyelembe. (EMMI 2018) Ez nem tartalmazza a gyógyszer szint-, illetve ellenanyag-mérést, ezért ezekkel nem számoltunk. A gyakorlatban valóban előfordulnak ezek a vizsgálatok, de ezek jellemzőire (melyiket, kinél, mikor, milyen gyakran alkalmazzák) nem volt adatunk, ezért választottuk a konzervatív megközelítést.

Szeretném ismételten megköszönni Vásárhelyi Professor Úr bírálatát és meglátásait, melyek értékes és ígéretes új kutatási irányokra hívták fel a figyelmem.

Budapest, 2022. január 20.



Dr Péntek Márta

### **Hivatkozott irodalmak**

Baji P, Farkas M, Golicki D, Prevolnik Rupel V, Hoefman R, Brouwer WBF, van Exel J, Zrubka Z, Gulácsi L, Péntek M. Development of Population Tariffs for the CarerQol Instrument for Hungary, Poland and Slovenia: A Discrete Choice Experiment Study to Measure the Burden of Informal Caregiving. *Pharmacoeconomics*. 2020 Jun;38(6):633-643. doi: 10.1007/s40273-020-00899-2.

Farkas M, Huynh E, Gulácsi L, Zrubka Z, Dobos Á, Kovács L, Baji P, Péntek M. Development of Population Tariffs for the ICECAP-A Instrument for Hungary and their Comparison With the UK Tariffs. *Value Health*. 2021 Dec;24(12):1845-1852. doi: 10.1016/j.jval.2021.06.011.



Barry L, Hobbins A, Kelleher D, Shah K, Devlin N, Goni JMR, O'Neill C. Euthanasia, religiosity and the valuation of health states: results from an Irish EQ5D5L valuation study and their implications for anchor values. *Health Qual Life Outcomes*. 2018 Jul 31;16(1):152. doi: 10.1186/s12955-018-0985-9.

Brouwer W, Huls S, Sajjad A, Kanters T, Hakkaart-van Roijen L, van Exel J. In Absence of Absenteeism: Some Thoughts on Productivity Costs in Economic Evaluations in a Post-corona Era. *Pharmacoeconomics* 40, 7–11 (2022). doi: 10.1007/s40273-021-01117-3.

Emberi Erőforrások Minisztériuma (EMMI, 2018. Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve a rheumatoid arthritis szintetikus és biológiai betegségmódosító gyógyszerekkel történő hazai kezelése az EULAR 2016-os ajánlása alapján. 2018. EüK. 8. szám EMMI szakmai irányelv 3. (hatályos: 2018.05.22 - ). Elérhető: [https://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/2730/fajlok/EMMI\\_szakmai\\_iranyelv\\_rheumatoid\\_arthritis.pdf](https://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/2730/fajlok/EMMI_szakmai_iranyelv_rheumatoid_arthritis.pdf) Letöltve: 2022.01,11.

EuroQol Group. EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*. 1990 Dec;16(3):199-208. doi: 10.1016/0168-8510(90)90421-9.

Farkas M, Huynh E, Gulácsi L, Zrubka Z, Dobos Á, Kovács L, Baji P, Péntek M. Development of Population Tariffs for the ICECAP-A Instrument for Hungary and their Comparison With the UK Tariffs. *Value Health*. 2021 Dec;24(12):1845-1852. doi: 10.1016/j.jval.2021.06.011.

Huls SPI, Sajjad A, Kanters TA, Hakkaart-van Roijen L, Brouwer WBF, van Exel J. Productivity of Working at Home and Time Allocation Between Paid Work, Unpaid Work and Leisure Activities During a Pandemic. *Pharmacoeconomics*. 2021 Sep 2:1-14. doi: 10.1007/s40273-021-01078-7.

Jakubczyk M, Golicki D, Niewada M. The impact of a belief in life after death on health-state preferences: True difference or artifact? *Qual Life Res*. 2016 Dec;25(12):2997-3008. doi: 10.1007/s11136-016-1356-9.

Központi Statisztikai Hivatal (KSH), 2019: <https://www.ksh.hu/elef/gyik.html> Letöltve: 2022.01.11.

Law EH, Pickard AS, Xie F, Walton SM, Lee TA, Schwartz A. Parallel Valuation: A Direct Comparison of EQ-5D-3L and EQ-5D-5L Societal Value Sets. *Med Decis Making*. 2018 Nov;38(8):968-982. doi: 10.1177/0272989X18802797

Lipman SA, Brouwer WBF, Attema AE. Living up to expectations: Experimental tests of subjective life expectancy as reference point in time trade-off and standard gamble. *J Health Econ.* 2020 May;71:102318. doi: 10.1016/j.jhealeco.2020.102318.

Ludwig K, Ramos-Goñi JM, Oppe M, Kreimeier S, Greiner W. To What Extent Do Patient Preferences Differ From General Population Preferences? *Value Health.* 2021 Sep;24(9):1343-1349. doi: 10.1016/j.jval.2021.02.012.

Matza LS, Boye KS, Feeny DH, Johnston JA, Bowman L, Jordan JB. Impact of caregiver and parenting status on time trade-off and standard gamble utility scores for health state descriptions. *Health Qual Life Outcomes.* 2014 12, 48. doi: 10.1186/1477-7525-12-48.

Norman CD, Skinner HA. eHEALS: The eHealth Literacy Scale. *J Med Internet Res.* 2006 Oct-Dec; 8(4): e27. doi: 10.2196/jmir.8.4.e27

Péntek M, Hajdu O, Rencz F, Beretzky Z, Brodszky V, Baji P, Zrubka Z, Major K, Gulácsi L. Subjective expectations regarding ageing: a cross-sectional online population survey in Hungary. *Eur J Health Econ.* 2019 Jun;20(Suppl 1):17-30. doi: 10.1007/s10198-019-01059-w.

Péntek M, Poór G, Gulácsi L, Zrubka Z, Brodszky V, Rencz F, Dobos Á, Farkas M, Kovács L, Baji P. Musculoskeletal health and capability wellbeing: Associations between the HAQ-DI, ICECAP-A and ICECAP-O measures in a population survey. *Musculoskelet Sci Pract.* 2021 Oct;55:102420. doi: 10.1016/j.msksp.2021.102420.

Rencz F, Brodszky V, Gulácsi L, Golicki D, Ruzsa G, Pickard AS, Law EH, Péntek M. Parallel Valuation of the EQ-5D-3L and EQ-5D-5L by Time Trade-Off in Hungary. *Value Health.* 2020 Sep;23(9):1235-1245. doi: 10.1016/j.jval.2020.03.019.

Shaw JW, Johnson JA, Coons SJ. US valuation of the EQ-5D health states: development and testing of the D1 valuation model. *Med Care.* 2005 Mar;43(3):203-20. doi: 10.1097/00005650-200503000-00003.

van Nooten FE, Koolman X, Brouwer WB. The influence of subjective life expectancy on health state valuations using a 10 year TTO. *Health Econ.* 2009 May;18(5):549-58. doi: 10.1002/hec.1385.

van Nooten F, Busschbach J, van Agthoven M, van Exel J, Brouwe Wr. What should we know about the person behind a TTO? *Eur J Health Econ.* 2018 Dec;19(9):1207-1211. doi: 10.1007/s10198-018-0975-1.

van der Vaart R, van Deursen AJ, Hc Drossaert K, Taal E, van Dijk JA, van de Laar MA. Does the eHealth Literacy Scale (eHEALS) measure what it intends to measure? Validation of a Dutch version of the eHEALS in two adult populations. *J Med Internet Res.* 2011 Nov 9;13(4):e86. doi: 10.2196/jmir.1840.

Versteegh MM, Brouwer WBF. Patient and general public preferences for health states: A call to reconsider current guidelines. *Soc Sci Med.* 2016 Sep;165:66-74. doi: 10.1016/j.socscimed.2016.07.043.