

## Opponensi bírálat

dr. Péntek Márta  
AZ EGÉSZSÉGNYERESÉG MÉRÉSE ÉS ÉRTÉKELÉSE KRÓNIKUS  
BETEGSÉGEKBEN  
MTA doktori értekezéséről

A krónikus betegségek kezelése erőfeszítésekkel – költségekkel, szellemi és anyagi ráfordításokkal jár. Annak az eldöntése, hogy egy adott kezeléstől adott költségért milyen nyereséget várhat el a szakma és a beteg, jórészt a költséghatékonysági elemzések eredményén alapul. Ezek a döntések alapozzák meg a szakmai irányelveket, a finanszírozást, végső soron pedig a betegek lehetőségeit, életkilátásait.

A megalapozott döntéshez szükséges módszertan kidolgozásában és magyarországi bevezetésében úttörő szerepet vállalt és vállal a jelölt. Doktori értekezésében több krónikus betegség (ezek közül is kiemelten a rheumatoid arthritis) esetében mutatja be a különböző egészségnyereségi mutatók jellemzőit, ezek mérésének a módját. A mű 43 közlemény eredményeit foglalja össze 178 oldalban olvasmányos, a témában kevésbé jártas olvasók számára is érthető és világos módon. Opponensként úgy vélem, hogy a jelen védés keretein túl a szakma később akár referencia pontként is hivatkozhat az ebben foglaltakra.

A jelölt munkássága során több fontos megállapítást tett. Ezek közül az alábbiakat emelem ki:

1. Rheumatoid arthritisben végzett elemzései költséghatékonysági elemzést végzett azzal kapcsolatban, hogy az első vonalbeli biológiai terápiák / biosimilar gyógyszerek esetében milyen egészségnyereséget lehet elérni.
2. Egészséggel összefüggő életminőség vizsgálatok esetében különböző referencia értékeket állapított meg. Ezeknek különösen a Kelet- Közép-Európai régió országaiban van nagy jelentősége; szakmai stratégiák, preferenciák meghatározását segítheti.
3. A régióban képességszmlélet-alapú jóllét mérési módszertant honosított meg. Ennek köszönhetően a QALY mellett a jóllét terén fellépő egészségnyereség is meghatározható, ami betegség-specifikus kutatások során hasznosítható.
4. Módszereket vezetett be az informális gondozók életminőségének a monitorozására. Ez a gondozókat segítő programok kidolgozásában, hatásosságának a mérésében segíthet.
5. Az egészségproblémák életkorfüggő elfogadottság, a későbbi életkorban várható egészségi állapottal kapcsolatos várakozások felmérése segíthet abban, hogy az egyes betegségek kezelése során reális célokat határozzanak meg, illetve az intervenciók programokat célzottan dolgozzák ki.
6. Új eszközöket vezetett be a digitális egészségműveltség felmérésére és a betegek egészségügyi ellátással kapcsolatos tapasztalatainak a monitorozására.

A kutatási eredmények gyakorlati felhasználása több szinten is megvalósulhat. Segítheti a klinikai döntéshozatalt (irányelvek kidolgozásán, regiszterek létrehozásán, terápiás célok kialakításán keresztül), eszközt adhatnak a költséghatékonysági elemzésekhez, végső soron pedig az egészségpolitikai döntések (finanszírozási irányelvek, egészségügyi stratégiák) számára alapot adnak.

Mindazonáltal amellet, hogy a védés során a hallgatóság betekintést nyerhet az eredményekhez vezető munkába, ez az alkalom arra is lehetőséget ad, hogy a dolgozat opponenseként a szakterület jobb megismerése érdekében az alábbi (döntően módszertanra vonatkozó) kérdéseket feltehessem.

1. 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?
2. 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?
3. 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?
4. 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?
5. 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?
6. Számomra úgy tűnik, hogy az eHEALS önkitöltős kérdőív általános kérdéseket tartalmaz. Talán ezek a valóságot nem tükrözik feltétlenül pontosan. AMi 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?
7. 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 kérdések a munka főbb megállapításait nem érintik, a jelölt által kifejtett eredményeket elfogadom. A fentiek alapján a bemutatott munkát maximálisan megfelelőnek tartom a doktori védésen való ismertetésre, egyben javaslom a jelölt számára az MTA doktora cím odaítélését.

Budapest, 2021. szeptember 2.



Vásárhelyi Barna  
kijelölt opponens