

## Sensorveiledning 2022

### HADM4203 – Helseøkonomisk analyse (5 studiepoeng)

Det er to oppgaver. Både oppgave A og oppgave B skal besvares. I vurderingen av besvarelsen vektet oppgave A med 40 prosent og oppgave B med 60 prosent. Alle deler av oppgavene skal besvares. I vurderingen av besvarelsen blir det blant annet lagt vekt på at viktige antakelser (premisser) for resonnementene gjøres eksplisitt, og at resonnementene er presise

#### Oppgave A

Her skal man med utgangspunkt i lærebok og forelesninger definere totale enhetskostnader og marginalkostnader (grensekostnader). Deretter skal man forklare hvordan avvik mellom totale enhetskostnader og marginalkostnader avhenger av kapasitetsutnyttelsen.

På tilsvarende måte kan privatøkonomiske og samfunnsøkonomiske kostnader forklares. I forklaring av eksterne (indirekte) virkninger kan en både ta utgangspunkt i forelesningsnotater og i artikkelen til K. P. Hagen.

I forklaring av nåverdi av kostnader kan en enten ta utgangspunkt i forelesningsnotater eller lærebok.

#### Oppgave B

1. Kostnad per vunnet kvalitetsjustert leveår av behandling med Gamma:

Gruppe A:  $\text{NOK } 10\,000 / (10 * 0,5) = \text{NOK } 2000$

Gruppe B:  $\text{NOK } 10\,000 / (10 * 0,7) = \text{NOK } 1429$

2. Ifølge prioriteringsforskriften skal helsehjelpens prioritet øke i tråd med

- a. den forventede nytten av helsehjelpen
- b. alvorligheten av tilstanden.
- c. desto mindre ressurser den legger beslag på.

a. trekker i retning av å prioritere gruppe B som har større effekt av Gamma. Dette hensynet må veies mot eventuelle forskjeller i alvorlighet mellom Gruppe A og gruppe B. I oppgaven er det ikke oppgitt om det er effekt av livsstilsendring også uten behandling.

Legemiddelforskriften trekker i tilsvarende retning.

3. Samfunnsperspektivet omfatter alle gevinster og kostnader uavhengig av hvem de angår. Med et samfunnsperspektiv skal derfor tidskostnaden tas hensyn til i helseøkonomisk analyse. For beregning av tidskostnaden er alternativkostnaden utgangspunktet. Alternativkostnaden kan i dette tilfellet variere mellom personer og kan være krevende å anslå. I helseøkonomiske analyser av behandlinger i helsevesenet anbefales det ofte å begrense analysen til kostnader i helsevesenet. Status i dag ser ut til å være at praksis varierer. Det er et pluss hvis det kommer fram i drøftingen.

4. Økt egenbetaling kan i prinsippet motivere til livsstilsendring, men vil også kunne begrense tilgangen til behandling. Økt egenbetaling for de som ikke legger om livsstilen, kan derfor hevdes å være i strid med likhetsprinsippet for tilgang til helsetjenester. Det kan dessuten være vanskelig å dokumentere livsstilsendring.

5. Oppgaveteksten er ikke helt klar her. Hvis livsstilsendring i gruppe B skjer i tilknytning til behandlingen, gir ikke oppgaveformuleringen grunn til å tro at det er forskjell i alvorlighet mellom de to gruppene. Dersom gruppe B ville lagt om livsstilen også uten medikamentell behandling, vil kanskje livsstilsendringen medføre en økning i kvalitetsjusterte leveår også uten behandling. I så fall vil alvorlighetskriteriet kunne trekke i retning av større betalingsvillighet for helsegevinster til gruppe A. Ifølge legemiddelforskriften skal «Ved høy alvorlighet aksepteres høyere ressursbruk i forhold til nytten enn ved lavere alvorlighet.» Alvorlighetskriteriet må likevel veies mot nyttekriteriet.