

Mandat

Utredning av ulike modeller for et studium i klinisk medisin, samarbeid mellom Stavanger Universitetssykehus, Universitetet i Stavanger og Universitetet i Bergen. Øke antall studieplasser innenfor medisin i Norge, herunder vurdere å øke antall studiesteder.

Bakgrunn

Ved behandlingen av statsbudsjettet for 2018, jf. Innst. 12 S (2017-2018) ble det bevilget fem millioner kroner til en utredning av ulike modeller for et studium i klinisk medisin, samarbeid mellom Stavanger Universitetssykehus (SUS), Universitetet i Stavanger (UiS) og Universitetet i Bergen (UiB). Videre ber Stortinget regjeringen igangsette et arbeid med mål om å øke antall studieplasser innenfor medisin i Norge, herunder å vurdere å øke antall studiesteder, jf. vedtak 362 i Innst. 11 S (2017-2018).

Oppgaver

Utrede ulike modeller for den kliniske delen av medisinstudiet slik at kapasiteten i medisინutdanningen utvides og flere medisinstudenter kan ta deler av utdanningen sin i Stavanger. Videre undersøke muligheten for å øke kapasiteten ved de medisinske fakultetene i Norge.

Gruppen skal utrede følgende:

- En modell der studenter som studerer medisin i utlandet kan ta de siste årene, den kliniske delen av studiet, i Stavanger. Gruppen må vurdere hvem som skal ha ansvar for den kliniske delen (herunder spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten) og hvilket universitet studentene skal være tilknyttet. Kravene i yrkeskvalifikasjonsdirektivet (direktiv 2005/36/EF) må oppfylles.
- SUS og UiS vil i fremtiden være fysisk samlokalisert på Ullandhaug og det må vurderes hvilken rolle UiS kan ha ved en slik utvidelse av antallet medisinstudenter.

Gruppen skal innhente følgende informasjon fra de fire medisinske fakultetene:

- Er det mulig å øke antallet studenter innenfor dagens medisinstudier? Herunder om de medisinske fakultetene tar opp det antallet studenter de har fått budsjett for, om de har kapasitet til flere studenter dersom de tildeles flere studieplasser, og om de har tilgang på tilstrekkelig praksisplasser.

Økonomiske og administrative konsekvenser av de foreslåtte modeller må utredes. Det inkluderer en vurdering av oppbygging av nødvendig faglig kompetanse og fagmiljøer. Videre inkluderer det en vurdering av behov for og tilgjengeligheten av praksisplasser. Modellene må vurderes opp mot hverandre i lys av de samfunnsøkonomiske konsekvensene og de regionale og nasjonale behovene til helsetjenestene. Det må også vurderes hvor raskt modellene kan iverksettes. Utvalget bør også se på ulike modeller for medisინutdanning ved anerkjente studiesteder i utlandet med tanke på mulig overføringsverdi. Utredningsarbeidet skal følge utredningsinstruksen.

Sekretariatet til gruppen skal ligge i Universitetet i Bergen. Gruppen skal avgi endelig rapport innen utgangen av september 2019.



Regjeringen.no

Utredning flere studieplasser i medisin i Norge

Pressemelding | Dato: 29.06.2018 | [Kunnskapsdepartementet](#)

(<http://www.regjeringen.no/no/dep/kd/id586/>)

| Nr: 133-18

Kunnskapsdepartementet setter ned en arbeidsgruppe som blant annet skal utrede muligheten for å øke antallet studenter innenfor dagens medisinstudier.

– Over 3000 nordmenn studerer medisin i utlandet. Det tilsvarer nær halvparten av norske medisinstudenter. Leger som blir utdannet i Norge er tett på spesialhelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Utredningen gir en mulighet til å tilpasse undervisningen til de behovene og det systemet vi har her. Det er positivt hvis norske medisinstudenter i utlandet kan få relevant erfaring fra det norske helsevesenet under studiene, sier forskings- og høyere utdanningsminister Iselin Nybø.

Utredningen er en oppfølging av vedtak i Stortinget. I forbindelse med statsbudsjettet for 2018 ble det bevilget fem millioner kroner til dette arbeidet.

Målsettingen er å øke antall studieplasser innenfor medisin i Norge, og arbeidsgruppen vil vurdere å øke antall studiesteder. Blant annet skal arbeidsgruppen vurdere kapasiteten på de medisinske fakultetene, og tilgangen på praksisplasser. Arbeidsgruppen leverer sin rapport innen utgangen av september 2019.

Arbeidsgruppen skal i tillegg vurdere en modell der studenter som studerer medisin i utlandet, kan ta de siste årene i Stavanger. Det vil i tilfelle skje gjennom et samarbeid mellom Stavanger Universitetssykehus, Universitetet i Stavanger og Universitetet i Bergen.

– Jeg er tilfreds med at dette utredningsarbeidet settes i gang nå. Det er spennende å få vurdert en modell som kan gjøre det mulig for norske medisinstudenter i utlandet å bli kjent med norsk helsetjeneste på denne måten, sier helseminister Bent Høie.

Arbeidsgruppen skal bestå av

Leder:

- Hilde Grimstad, professor i allmennmedisin og atferdsmedisin, NTNU

Medlemmer:

- Steinar Hunskår, prodekan for utdanning, Det medisinske fakultet, UiB
- Geir Sverre Braut, professor II, UiS
- Elisabeth Farbu, klinikkssjef, SUS
- Karin Straume, fagdirektør, Helsedirektoratet
- Jeppe Emmersen, Vice Dean Education, Faculty of Medicine, Aalborg University

Kunnskapsdepartementet

[^ Til toppen](#)



Ansvarlig for Kunnskapsdepartementets sider:

Ansvarlig redaktør: Anbjørg Bakken

Nettredaktør: Martin B. Andersson

Telefon: 22 24 90 90

E-post: postmottak@kd.dep.no

Ansatte i KD: Depakatalog

Personvernerklæring for KD

Organisasjonsnummer: 872417842



UNIVERSITETET I BERGEN

Det medisinske fakultet

Det helsevitenskapelige fakultet, UiT

Det medisinske fakultet, UiO

Det medisinske fakultet, UiB

Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU

Deres ref

Vår ref

Dato

2018/3135-KRWA

09.10.2018

Studieplasser i medisin - utredning av kapasitet og muligheter nasjonalt. Henvendelse fra arbeidsgruppe nedsatt av KD

Bakgrunn

Kunnskapsdepartementet (KD) nedsatte i juni 2018 en arbeidsgruppe som skal utrede to oppgaver relatert til studieplasser for medisin i Norge. Den ene oppgaven handler om kapasitet og utredning av muligheter for å øke antall studieplasser eller studiesteder innenlands. Den andre oppgaven handler om utredning av ulike modeller for et studium i klinisk medisin, herunder et mulig samarbeid mellom Stavanger Universitetssykehus (SUS), Universitetet i Stavanger (UiS) og Universitetet i Bergen (UiB) om å utvikle et tilbud til norske medisinstudenter i utlandet i den kliniske delen av studiet. Se for øvrig vedlagt mandat (vedlegg 1).

Arbeidsgruppen ledes av professor Hilde Grimstad fra NTNU, øvrig sammensetning fremgår av [pressemeldingen](#) fra Kunnskapsdepartementet. Sekretariatsansvaret er lagt til UIB.

Bestilling til fakultetene

Som del av utredningen skal arbeidsgruppen innhente følgende informasjon fra de fire universitetene med medisინutdanning i Norge (jfr. mandat for arbeidet, vedlegg 1):

«Er det mulig å øke antallet studenter innenfor dagens medisinstudier? Herunder om de medisinske fakultetene tar opp det antallet studenter de har fått budsjett for, om de har kapasitet til flere studenter dersom de tildeles flere studieplasser, og om de har tilgang på tilstrekkelig praksisplasser.»

På bakgrunn av mandatet har arbeidsgruppen utarbeidet konkrete spørsmål til fakultetene, og vi ber om svar innen torsdag 10. januar 2019. Se vedlegg 2.

Nærmere om bestillingen

Arbeidsgruppen vil kartlegge konkrete muligheter og aktuelle scenarier når det gjelder kapasitet for utdanning på profesjonsstudiet i medisin ved dagens fire fakultet. Vi ber om en analyse av dagens situasjon for studenttallet (punkt 1), kapasitet i dagens studiemodell (punkt 2), muligheter og eventuelle planer for utvikling av studiemodeller med plass til flere studenter (punkt 3) og tilbakemeldinger om praksisarenaene (punkt 4).

Telefon 55580000
postmottak@uib.no
Internett www.uib.no
Org no. 874 789 542

Det medisinske fakultet
Telefon 55582086
post@med.uib.no

Postadresse
Postboks 7804
5020 Bergen

Besøksadresse
Armauer Hansens hus,
Haukelandsveien 28
Bergen

Saksbehandler
Kristin Walter
55586559

Som premiss for tilbakemeldingene om eventuell økning av studieplasser forutsetter vi at dagens finansieringsordninger for medisin legges til grunn. Under punkt 3, der eventuelle fremtidige muligheter beskrives, ønsker vi ikke en detaljert utredning av økonomiske konsekvenser, men en *beskrivelse av hvilken type ressurser* som aktualiserer seg ved konkrete planer om utvikling av nye studiemodeller. Eksempler kan være økt behov for leide arealer, nye laboratorier, nybygg, økte utgifter ekstern praksis etc. Modellene som beskrives må være av forpliktende karakter, forutsatt at nødvendige rammebetingelser blir stilt til rådighet.

Det vil gis en muntlig orientering til bestillingen v/ Hilde Grimstad på det kommende nasjonale utdanningsmøtet i medisin 19. oktober. Arbeidsgruppen legger stor vekt på at bestillingen forstås på samme måte ved de fire fakultetene. Den informasjonen som innhentes fra fakultetene er avgjørende for de videre drøftingene av premisser og utvikling fremover.

Ved spørsmål om arbeidsgruppen eller denne henvendelsen, ta gjerne kontakt med sekretariatet sekretariat.utredmed@uib.no eller utvalgsleder Hilde Grimstad hilde.grimstad@ntnu.no

Vennlig hilsen

Hilde Grimstad
utvalgsleder

Kristin Walter
seniorrådgiver

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ingen håndskrevne signaturer.

Vedlegg

- 1 Vedlegg 1: Mandat for arbeidsgruppen
- 2 Vedlegg 2: Bestilling til fakultetene, punkt 1-4
- 3 Vedlegg 3: Tabellvedlegg studieplasser, punkt 1
- 4 Vedlegg 4: Tabellvedlegg praksisfeltet, punkt 4

Mandat

Utredning av ulike modeller for et studium i klinisk medisin, samarbeid mellom Stavanger Universitetssykehus, Universitetet i Stavanger og Universitetet i Bergen. Øke antall studieplasser innenfor medisin i Norge, herunder vurdere å øke antall studiesteder.

Bakgrunn

Ved behandlingen av statsbudsjettet for 2018, jf. Innst. 12 S (2017-2018) ble det bevilget fem millioner kroner til en utredning av ulike modeller for et studium i klinisk medisin, samarbeid mellom Stavanger Universitetssykehus (SUS), Universitetet i Stavanger (UiS) og Universitetet i Bergen (UiB). Videre ber Stortinget regjeringen igangsette et arbeid med mål om å øke antall studieplasser innenfor medisin i Norge, herunder å vurdere å øke antall studiesteder, jf. vedtak 362 i Innst. 11 S (2017-2018).

Oppgaver

Utrede ulike modeller for den kliniske delen av medisinstudiet slik at kapasiteten i medisnutdanningen utvides og flere medisinstudenter kan ta deler av utdanningen sin i Stavanger. Videre undersøke muligheten for å øke kapasiteten ved de medisinske fakultetene i Norge.

Gruppen skal utrede følgende:

- En modell der studenter som studerer medisin i utlandet kan ta de siste årene, den kliniske delen av studiet, i Stavanger. Gruppen må vurdere hvem som skal ha ansvar for den kliniske delen (herunder spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten) og hvilket universitet studentene skal være tilknyttet. Kravene i yrkeskvalifikasjonsdirektivet (direktiv 2005/36/EF) må oppfylles.
- SUS og UiS vil i fremtiden være fysisk samlokalisert på Ullandhaug og det må vurderes hvilken rolle UiS kan ha ved en slik utvidelse av antallet medisinstudenter.

Gruppen skal innhente følgende informasjon fra de fire medisinske fakultetene:

- Er det mulig å øke antallet studenter innenfor dagens medisinstudier? Herunder om de medisinske fakultetene tar opp det antallet studenter de har fått budsjett for, om de har kapasitet til flere studenter dersom de tildeles flere studieplasser, og om de har tilgang på tilstrekkelig praksisplasser.

Økonomiske og administrative konsekvenser av de foreslåtte modeller må utredes. Det inkluderer en vurdering av oppbygging av nødvendig faglig kompetanse og fagmiljøer. Videre inkluderer det en vurdering av behov for og tilgjengeligheten av praksisplasser. Modellene må vurderes opp mot hverandre i lys av de samfunnsøkonomiske konsekvensene og de regionale og nasjonale behovene til helsetjenestene. Det må også vurderes hvor raskt modellene kan iverksettes. Utvalget bør også se på ulike modeller for medisnutdanning ved anerkjente studiesteder i utlandet med tanke på mulig overføringsverdi. Utredningsarbeidet skal følge utredningsinstruksen.

Sekretariatet til gruppen skal ligge i Universitetet i Bergen. Gruppen skal avgi endelig rapport innen utgangen av september 2019.

Vedlegg 2

Arbeidsgruppe som skal utrede ulike modeller for den kliniske delen av medisinstudiet, kapasitet ved de eksisterende læresteder m.m. (Grimstad-utvalget 2018/19, oppnevnt av KD)

Bestilling fra arbeidsgruppen til fakultetene – om medisinstudiet

1. Antall studenter, status og analyse

Spørsmål
<i>Vedlagt tabelloppsett for antall opptatte studenter og uteksaminerte kandidater i perioden 2007-2017 (inkludert kandidatmåltall for fakultetene). Se vedlegg 3.</i>
Forklar årsakene til eventuelle avvik mellom antall opptatte og uteksaminerte studenter, hva som kan regnes som <i>reelt frafall</i> og på <i>hvilke(t) tidspunkt i studiet</i> frafall forekommer.

2. Kapasitet i dagens studiemodell

Spørsmål
Er det mulig å øke antallet studenter <i>innenfor dagens studiemodell</i> ved fakultetet f.o.m. høsten 2020? <i>Det er her forutsatt at dagens finansieringsordninger for medisin legges til grunn.</i>
Hvis ja – oppgi hvilket antall som kan tilbys og hvilke ramme faktorer som setter et tak. Bruk eventuelt erfaringer fra forrige kapasitetsøkning i studenttall på medisinstudiet ved fakultetet.
Hvis nei - oppgi begrensende faktorer (Stikkord: bemanning, infrastruktur, undervisningsarealer smågrupper/storgrupper, ferdighetstrening, utstyr)

3. Kapasitet, mulig utvikling fremover

Spørsmål
Dersom fakultetet ble tildelt eller bedt om å opprette flere studieplasser, hvilke muligheter ser fakultetet til å klare det og hvilke forutsetninger må eventuelt oppfylles?
Utvidelse med 25 studenter
Utvidelse med 50 studenter
Utvidelse med 75 studenter
Utvidelse med 100 studenter
Utvidelse med 150 studenter
Presisering av rammer for spørsmålet: <i>Vi ber om at svar utdypes innenfor gitte scenarier for antall. Svar kun på de scenariene som oppleves som aktuelle, og juster antall studenter, om nødvendig.</i>

Vi forutsetter at dagens finansieringsordninger for selve studieplassene i medisin legges til grunn, men behov for investeringer og andre/økte driftsutgifter må beskrives. Eksempler kan være økt behov for leide arealer, nye laboratorier, nybygg, økte utgifter ved ekstern praksis etc.

Studiemodeller som avviker fra dagens etablerte rammer for studieløp, kan også beskrives.

Vi ønsker at beskrivelse av eventuelle planer inneholder angivelse av tidshorisont, hvilken type ressurser som kreves og det må angis status for avtaler og premisser.

4. Praksisfeltet

Spørsmål

I spesialisthelsetjenesten – på hvilke sykehus er fakultetets medisinstudenter i klinisk undervisning og ekstern praksis i dagens studiemodell?

Fyll inn i tabellarisk oppsett for sted og omfang (vedlegg 4)

I primærhelsetjenesten – hvilke arenaer bruker fakultetet i klinisk undervisning eller ekstern praksis i dagens studiemodell?

Fyll inn i tabellarisk oppsett som over.

Er det utfordringer med kapasiteten på aktuelle praksisarenaer i hhv spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten i dagens studiemodell?

Hvis ja – beskriv utfordringer, også knyttet til endring/bruk av nye praksisarenaer.

Med utgangspunkt i en eventuell økning av studenter innenfor dagens studiemodell (jfr. punkt 2 over) - vil fakultetet ha tilgang på tilstrekkelig antall praksisplasser i hhv spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten innenfor dagens avtaler?

Med tanke på en eventuell alternativ/fremtidig studiemodell (jfr. punkt 3 over), hvordan tenker fakultetet seg at kapasitet på praksisplasser i hhv spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten kan løses?

Beskriv også her hvordan nye praksisarenaer (f.eks. Kommunale akutte døgnenheter – KAD) kan inkluderes i planene.

Vedlegg 3

Arbeidsgruppe som skal utrede ulike modeller for den kliniske delen av medisinstudiet, kapasitet ved de eksisterende læresteder m.m.
(Grimstad-utvalget 2018/19, oppnevnt av KD)

Bestilling fra arbeidsgruppen til fakultetene, punkt 1 - Antall studenter, status og analyse

Tabell 1 baserer seg på tall fra Database for statistikk om høgre utdanning (DBH). Hvert av lærestedene bes fylle ut eksakte tall i tabellen under fane 2.

På bakgrunn av personvernlovgivning aktualisert av EUs **General Data Protection Regulations (GDPR)** skal statistikk basert på individdata i DBH publiseres i anonymisert form fra 1.juli 2018. Det innebærer avrunding av enkelte tall i rapportene som inneholder individdata, og for gjeldende rapport er alle tall **avrundet til nærmeste 5**.

Tabell 1: Antall opptatte studenter og uteksaminerte kandidater i perioden 2007-2017, medisinstudiet ved NTNU, UiB, UiO og UiT

Opptatte*	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
NTNU	125	120	120	125	120	120	120	120	130	135	140
UiB	160	160	165	165	150	180	170	185	165	175	180
UiO	210	105	260	265	265	275	275	285	275	280	265
UiT	105	100	95	100	110	110	110	110	120	125	105
Uteksaminerte**	2013	2014	2015	2016	2017						
NTNU	105	115	110	105	115						
UiB	140	140	135	150	135						
UiO	195	190	185	190	180						
UiT	90	70	75	80	75						
Differanse	2013	2014	2015	2016	2017						
NTNU	-20	-5	-10	-20	-5						
UiB	-20	-20	-30	-15	-15						
UiO	-15	85	-75	-75	-85						
UiT	-15	-30	-20	-20	-35						
Kandidatmåltall ***	2014	2015	2016	2017	2018						
NTNU	114	114	114	114	114						
UiB	156	156	156	156	164						
UiO	192	192	192	192	200						
UiT	84	84	84	84	84						

*Kilde: DBH-rapport Opptak; *Opptakstill*. Studenten må ha registrert seg og betalt semesteravgift ved tidspunkt for datauttak. Datauttak to ganger årlig: 15. mars (vårdata) og 15 oktober (høstdata).

**Kilde: DBH-rapport Oppnådde kvalifikasjoner; *Fullføring av studieprogrammer (Alle)*

***Kilde: KDs orientering om statsbudsjettet for universiteter og høyskoler. Fastsetting av kandidatmåltall iverksatt f.o.m. 2014

Tabell 1 for korrigering

Bakgrunn: Tilpasning til EUs General Data Protection Regulations (GDPR) gjør at statistikk basert på ir
Det innebærer avrunding av enkelte tall i rapportene som inneholder individdata, og for gjeldende ra
I tabellen under ber vi om at hvert av lærestedene fyller inn eksakte tall. Oppdatert tabell vil være vil
For elektronisk versjon av skjema og/eller ved spørsmål, send epost til kristin.walter@uib.no (tlf. 555

Oppdatert tabell 1: Antall opptatte studenter og uteksaminerte kandidater i perioden 2007-2017, r

Opptatte*	2007	2008	2009	2010	2011	2012
NTNU	125	120	120	125	120	120
UiB	160	160	165	165	150	180
UiO	210	105	260	265	265	275
UiT	105	100	95	100	110	110

Uteksaminert	2013	2014	2015	2016	2017
NTNU	105	115	110	105	115
UiB	140	140	135	150	135
UiO	195	190	185	190	180
UiT	90	70	75	80	75

Differanse	2013	2014	2015	2016	2017
NTNU	-20	-5	-10	-20	-5
UiB	-20	-20	-30	-15	-15
UiO	-15	85	-75	-75	-85
UiT	-15	-30	-20	-20	-35

ndividdata i DBH publiseres i anonymisert form fra 1.juli 2018.

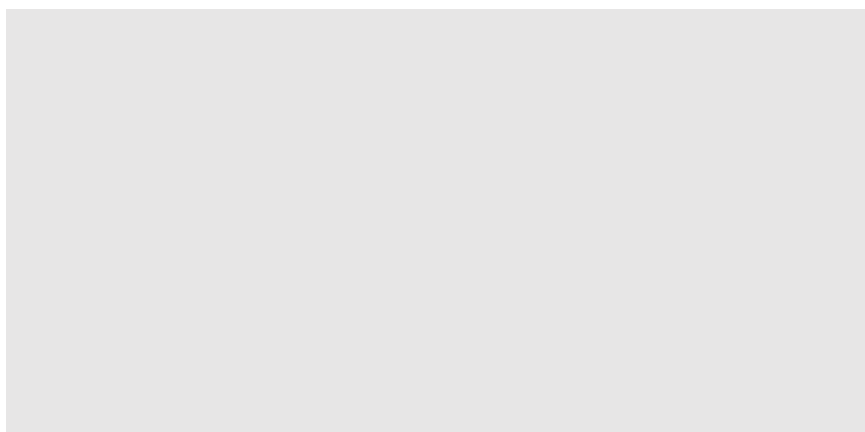
apport er alle tall avrundet til nærmeste 5.

ktig grunnlagsdata for arbeidsgruppen videre.

586559)

medisinstudiet ved NTNU, UiB, UiO og UiT

2013	2014	2015	2016	2017
120	120	130	135	140
170	185	165	175	180
275	285	275	280	265
110	110	120	125	105



Vedlegg 4

Arbeidsgruppe som skal utrede ulike modeller for den kliniske delen av medisinstudiet, kapasitet ved de eksisterende læresteder m.m.
(Grimstad-utvalget 2018/19, oppnevnt av KD)

Bestilling fra arbeidsgruppen til fakultetene, punkt 4 - praksisfeltet. *Tabelloppsett for utfylling*

Tabellene under skiller mellom klinisk undervisning og ekstern praksis for studenter i hhv spesialist- og primærhelsetjenesten, se forklaringer for hvert punkt. Arbeidsgruppen vil for øvrig bygge på informasjon som tidligere er innhentet fra lærestedene i prosjektet Kvalitet i praksis (delrapport medisin 2015).

NB: Det er for hvert spørsmål satt inn veiledende eksempler (bes slettes når lærestedet selv legger inn data). For redigerbar versjon av skjema og/eller ved spørsmål, kontakt kristin.walter@uib.no

Fakultet/lærested: (fylles inn)

1. Om klinisk undervisning i spesialisthelsetjenesten:

Med **klinisk undervisning** menes undervisning på en klinisk arena (avdeling/sengepost/poliklinikk e.l.) som foregår som del av timeplanlagt undervisning.

Helseforetak	Navn på sykehus	Antall studenter pr årskull høstsemester (legg til ny rad for hvert årskull som angis)	Antall timer/dager klin undervisn pr årskull høstsemester	Antall studenter pr årskull vårsemester (legg til ny rad for hvert årskull som angis)	Antall timer/dager klin undervisn pr årskull vårsemester
F.eks. Helse Bergen	F.eks. Haukeland universitetssjukehus	F.eks. 165 stud (2. studieår)	F.eks. 4 dager	F.eks. 165 stud (2. studieår)	F.eks. 4 dager
		F.eks 165 stud (3. studieår)	F. eks. 4 dager	F.eks 165 stud (3. studieår)	F. eks. 8 dager
		F.eks. 80 stud (4. studieår)	F.eks. 12 timer	F.eks. 80 stud (4. studieår)	F.eks. 16 timer

2. Om ekstern praksis i spesialisthelsetjenesten:

Med **ekstern praksis** (el. ekstern veiledet praksis) menes en tidsbestemt periode der studentene befinner seg i en situasjon hvor de skal arbeide omtrent som en yrkesutøver.

Helseforetak	Navn på sykehus	Antall studenter pr årskull høstsemester (legg til ny rad for hvert årskull som angis)	Antall uker i praksis pr årskull høstsemester	Antall studenter pr årskull vårsemester (legg til ny rad for hvert årskull som angis)	Antall uker i praksis pr årskull vårsemester
F.eks. Helse Fonna	F.eks. Haugesund sjukehus	F.eks. 15 stud (4. studieår)	F.eks. 4 uker	F.eks. 15 stud (4. studieår)	F.eks. 4 uker
	F.eks. Haugesund sjukehus	F.eks 20 stud (4. studieår)	F.eks. 8 uker	F.eks 20 stud (4. studieår)	F.eks. 8 uker
	F.eks. Haugesund sjukehus	F.eks 12 stud (5. studieår)	F.eks. 7 uker	F.eks 12 stud (5. studieår)	F.eks. 7 uker

3. Om klinisk undervisning i primærhelsetjenesten:

Med **klinisk undervisning** menes undervisning på en klinisk arena (legekontor, sykehjem, legevakt, kommunal akutt døgnenhet e.l.) som foregår som del av timeplanlagt undervisning.

Type klinisk arena	Estimert antall av denne type klinisk arena i bruk	Antall studenter pr årskull høstsemester (legg til ny rad for hvert årskull som angis)	Antall timer/dager klin undervisn pr årskull høstsemester	Antall studenter pr årskull vårsemester (legg til ny rad for hvert årskull som angis)	Antall timer/dager klin undervisn pr årskull vårsemester
F.eks. sykehjem	F.eks. 2 sykehjem	F.eks. 85 stud (5. studieår)	F.eks. 4 timer	F.eks. 85 stud (5. studieår)	F.eks. 4 timer

4. Om ekstern praksis i primærhelsetjenesten:

Med **ekstern praksis** (el. ekstern **veiledet** praksis) menes en tidsbestemt periode der studentene befinner seg i en situasjon hvor de skal arbeide omtrent som en yrkesutøver.

I tillegg til fordeling på estimert antall studenter og tidsperiode ønskes her fordeling på fylke. Bruk gjerne fordeling fra sist gjennomførte praksisperiode som utgangspunkt.

Fylke	Type klinisk arena og estimert antall av denne type arena i bruk	Antall studenter pr årskull høstsemester (legg til ny rad for hvert årskull som angis)	Antall dager/uker i praksis pr årskull høstsemester	Antall studenter pr årskull vårsemester (legg til ny rad for hvert årskull som angis)	Antall dager/uker i praksis pr årskull vårsemester
F.eks. Sogn og Fjordane	F.eks. legekontor - 14 stk	F.eks. 14 stud (6. studieår)	F.eks. 6 uker	F.eks. 14 stud (6. studieår)	F.eks. 6 uker



UNIVERSITETET I BERGEN

Det medisinske fakultet

De regionale helseforetakene

Deres ref

«REF»

Vår ref

2018/3135-KRWA

Dato

06.11.2018

Medisinstudenter i praksis - kartlegging av kapasitet og tilbud. Henvendelse fra arbeidsgruppe nedsatt av KD

Kunnskapsdepartementet (KD) nedsatte i juni 2018 en arbeidsgruppe som skal utrede to oppgaver relatert til studieplasser for medisin i Norge. Den ene oppgaven handler om kapasitet og utredning av muligheter for å øke antall studieplasser eller studiesteder innenlands. Den andre oppgaven handler om utredning av ulike modeller for et studium i klinisk medisin, herunder et mulig samarbeid mellom Stavanger Universitetssykehus (SUS), Universitetet i Stavanger (UiS) og Universitetet i Bergen (UiB) om å utvikle et tilbud til norske medisinstudenter i utlandet i den kliniske delen av studiet.

Arbeidsgruppen ledes av professor Hilde Grimstad fra NTNU, øvrig sammensetning fremgår av [pressemeldingen](#) fra Kunnskapsdepartementet. Sekretariatsansvaret er lagt til UIB.

Som del av mandatet innhenter arbeidsgruppen i disse dager informasjon om kapasitet og planer ved de fire universitetene med medisinnutdanning i Norge. En del av denne bestillingen omhandler fakta om praksisfeltet for norske medisinstudenter under utdanning, både i spesialist- og primærhelsetjenesten.

For å få en oversikt over det totale bildet, ønsker vi å foreta en kartlegging av kapasitet og tilbud ved helseforetakene når det gjelder å ta imot studenter i veiledet klinisk praksis. Via fakultetene får vi oversikt over kapasiteten som brukes på medisinstudenter i Norge. Vi vil imidlertid be om nærmere informasjon når det gjelder den store gruppen norske medisinstudenter som tar utdanningen sin ved utenlandske læresteder.

Vi ber også om en vurdering fra helseforetakene om hvorvidt det er kapasitet til å bidra i en eventuell økning av antall studieplasser i medisinnutdanningene i Norge, og hvordan/i hvilket omfang en kan se for seg foretakets rolle.

Vi imøteser derfor en tilbakemelding på følgende spørsmål:

1. Har helseforetaket rutiner for mottak og registrering av henvendelser fra norske medisinstudenter ved utenlandske utdanningsinstitusjoner som ønsker/søker seg til sykehusene i regionen for å få praksis eller hospitering som en nødvendig del av sine studier? Gjør eventuelt kort rede for hvordan slike henvendelser håndteres.

Telefon 55580000
postmottak@uib.no
Internett www.uib.no
Org no. 874 789 542

Det medisinske fakultet
Telefon 55582086
post@med.uib.no

Postadresse
Postboks 7804
5020 Bergen

Besøksadresse
Armauer Hansens hus,
Haukelandsveien 28
Bergen

Saksbehandler
Kristin Walter
55586559

2. Har helseforetaket oversikt over hvilket omfang av norske medisinstudenter fra utenlandske utdanningsinstitusjoner som samlet sett gis tilbud om praksis eller hospitering i løpet av et år? Det ønskes oversikt/estimat over årlig omfang siste 3 år.
3. Har helseforetaket avtalefestet samarbeid – skriftlig eller muntlig - med utenlandske utdanningsinstitusjoner om å tilby klinisk praksis som del av et medisinstudium? Hvis det er slikt samarbeid ber vi om utfyllende informasjon når det gjelder omfang og innhold, og med hvilke utdanningsinstitusjoner.
4. Har helseforetaket kapasitet til å ta imot flere medisinstudenter fra de norske lærestedene i veiledet klinisk praksis, og eventuelt i hvor stort omfang? Nevn eventuelle forutsetninger for en økning.

Vi ber om en tilbakemelding på spørsmålene innen 10. januar 2019.

Vi ber om at henvendelsen ved behov videreformidles til sykehusene i regionen, og eventuelt også til aktuelle avdelinger ved sykehusene.

Skriftlig svar, samlet for det regionale helseforetaket, sendes til sekretariatet for utredningen via postmottak@uib.no

Ved spørsmål om arbeidsgruppen eller denne henvendelsen, ta gjerne kontakt med utvalgsleder Hilde Grimstad hilde.grimstad@ntnu.no eller sekretariatet sekretariat.utredmed@uib.no

Vennlig hilsen

Hilde Grimstad
utvalgsleder

Kristin Walter
seniorrådgiver

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ingen håndskrevne signaturer.



UNIVERSITETET I BERGEN

Det medisinske fakultet

KS

Postboks 1378 Vika
0114 OSLO

Deres ref

Vår ref

Dato

2018/3135-KRWA

19.12.2018

Medisinstudenter i praksis - vurdering av kapasitet. Henvendelse fra arbeidsgruppe nedsatt av KD

Bakgrunn

Kunnskapsdepartementet (KD) nedsatte i juni 2018 en arbeidsgruppe som skal utrede to oppgaver relatert til studieplasser for medisin i Norge. Den ene oppgaven handler om kapasitet og utredning av muligheter for å øke antall studieplasser eller studiesteder innenlands. Den andre oppgaven handler om utredning av ulike modeller for et studium i klinisk medisin, herunder et mulig samarbeid mellom Stavanger universitetssykehus (SUS), Universitetet i Stavanger (UiS) og Universitetet i Bergen (UiB) om å utvikle et tilbud til norske medisinstudenter i utlandet i den kliniske delen av studiet.

Arbeidsgruppen ledes av professor Hilde Grimstad fra NTNU, øvrig sammensetning fremgår av [pressemeldingen](#) fra Kunnskapsdepartementet. Sekretariatsansvaret er lagt til UIB.

Som del av mandatet innhenter arbeidsgruppen i disse dager informasjon om kapasitet og planer ved de fire universitetene med medisინutdanning i Norge (Oslo, Trondheim, Tromsø, Bergen). En del av denne bestillingen omhandler fakta om praksisfeltet for norske medisinstudenter under utdanning, både i spesialist- og primærhelsetjenesten. Fakultetene er bedt om å kommentere scenarier for økning på 25 – 150 studenter pr. lærested.

Pr. i dag er det totalt ca. 3700 medisinstudenter i Norge og ca. 3200 norske medisinstudenter ved utenlandske studiesteder. Det uteksamineres opp mot 600 kandidater fra norske læresteder hvert år.

Henvendelser til praksisfeltet

Som del av arbeidet er det sendt ut henvendelse til helseforetakene der de spørres om rutiner for og omfang av henvendelser om veiledet klinisk praksis når det gjelder den store gruppen norske medisinstudenter som tar utdanningen sin ved utenlandske læresteder. Helseforetakene er også bedt om å komme med en vurdering av kapasitet til å ta imot flere medisinstudenter fra de norske lærestedene hvis det skulle bli aktuelt.

Utvalget ønsker å få tilsvarende type tilbakemelding når det gjelder kapasitet for **veiledet klinisk praksis i primærhelsetjenesten**, og henvender oss derfor til KS.

Telefon 55580000
postmottak@uib.no
Internett www.uib.no
Org no. 874 789 542

Det medisinske fakultet
Telefon 55582086
post@med.uib.no

Postadresse
Postboks 7804
5020 Bergen

Besøksadresse
Armater Hansens hus,
Haukelandsveien 28
Bergen

Saksbehandler
Kristin Walter
55586559

Vi ber om en vurdering av (1) hvordan KS vurderer kapasiteten til å bidra i en eventuell økning av antall studieplasser i medisinerutdanningene i Norge, og (2) hvordan/i hvilket omfang en kan se for seg kommunenes rolle. Vi ber dere også (3) nevne eventuelle forutsetninger og begrensninger for en økning og kommentere scenarier for økning i volum tilsvarende det fakultetene er bedt om (se over). Spesielt ber vi om en vurdering av finansieringsmodeller når det gjelder kostnad til veiledning og tilskudd til praksisdrift i forbindelse med studentpraksis hos fastlegene.

I prosessen med forslag til [nasjonale retningslinjer for helse- og sosialutdanningene](#) (RETHOS) foreligger det pr i dag et utkast for medisinerutdanningen som sier følgende om praksisstudier:

Praksisstudier: *Det anbefales at praksisstudier foregår i både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten som integrerte deler av studieløpet. Omfang av praksis skal være minimum 24 uker. Det anbefales minst 10 uker praksis i primærhelsetjenesten. Studentene skal i løpet av studietiden delta i arbeid i reelle situasjoner på alle nivå, inkludert sykehus, fastlege, legevakt, kommunal øyeblikkelig hjelp døgnerhet, helsestasjon, sykehjem og NAV.*

Dette gir en pekepinn på det omfanget en eventuell økning for praksisfeltet nasjonalt vil måtte relatere seg til.

Svarfrist

Vi ber om en tilbakemelding på spørsmålene innen 10. februar 2019.

Ved behov ber vi om at henvendelsen videreformidles eller drøftes med utvalgte kommuner.

Skriftlig svar sendes til sekretariatet for utredningen via postmottak@uib.no

Ved spørsmål om arbeidsgruppen eller denne henvendelsen, ta gjerne kontakt med utvalgsleder Hilde Grimstad hilde.grimstad@ntnu.no eller sekretariatet sekretariat.utredmed@uib.no

Vennlig hilsen

Hilde Grimstad
utvalgsleder

Kristin Walter
seniorrådgiver

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ingen håndskrevne signaturer.



UNIVERSITETET I BERGEN

Det medisinske fakultet

«MOTTAKERNAVN»

«KONTAKT»

«ADRESSE»

«POSTNR» «POSTSTED»

«UTLANDSADRESSE»

Deres ref

Vår ref

Dato

«REF»

2018/3135-KRWA

11.10.2018

Om undervisning tilknyttet medisinstudium for norske studenter - kartlegging av planer og aktiviteter. Henvendelse fra arbeidsgruppe nedsatt av KD

Kunnskapsdepartementet (KD) nedsatte i juni 2018 en arbeidsgruppe som skal utrede to oppgaver relatert til studieplasser for medisin i Norge. Den ene oppgaven handler om kapasitet og utredning av muligheter for å øke antall studieplasser eller studiesteder innenlands. Den andre oppgaven handler om utredning av ulike modeller for et studium i klinisk medisin, herunder et mulig samarbeid mellom Stavanger Universitetssykehus (SUS), Universitetet i Stavanger (UiS) og Universitetet i Bergen (UiB) om å utvikle et tilbud til norske medisinstudenter i utlandet for den kliniske delen av studiet.

Arbeidsgruppen ledes av professor Hilde Grimstad fra NTNU, øvrig sammensetning fremgår av [pressemeldingen](#) fra Kunnskapsdepartementet. Sekretariatsansvaret er lagt til UIB.

Som del av mandatet innhenter arbeidsgruppen i disse dager informasjon om kapasitet og planer ved de fire universitetene med medisinstudium i Norge.

For å skaffe en oversikt over det totale bildet knyttet til undervisning av medisinstudenter i Norge, ønsker vi å foreta en kartlegging av eventuelle planer og aktiviteter også ved universitet/høgskoler som i dag ikke har etablerte medisinstudier.

Vi imøteser derfor en kort tilbakemelding på følgende spørsmål:

1. Foreligger det noen føringer i strategiske planer, vedtak fra styre eller beslutninger i administrative organer om at universitetet/høgskolen tar sikte på å etablere/søke om akkreditering av et medisinstudium?
2. Har universitetet/høgskolen etablert samarbeid med andre norske eller utenlandske utdanningsinstitusjoner om å ivareta deler av et medisinstudium?
3. Er det planer om å etablere kontakt med andre norske eller utenlandske utdanningsinstitusjoner om et slikt samarbeid?

Dersom svaret på noen av spørsmålene ovenfor er «ja», ber vi om å få tilsendt så utfyllende dokumentasjon som mulig.

Telefon 55580000
postmottak@uib.no
Internett www.uib.no
Org no. 874 789 542

Det medisinske fakultet
Telefon 55582086
post@med.uib.no

Postadresse
Postboks 7804
5020 Bergen

Besøksadresse
Armour Hansens hus,
Haukelandsveien 28
Bergen

Saksbehandler
Kristin Walter
55586559

Vi ber om en tilbakemelding innen 9. november 2018. Skriftlig svar bes sendt til sekretariatet for utredningen via postmottak@uib.no

Ved spørsmål om arbeidsgruppen eller spørsmålene i denne henvendelsen, ta gjerne kontakt med utvalgsleder Hilde Grimstad hilde.grimstad@ntnu.no eller sekretariatet sekretariat.utredmed@uib.no

Vennlig hilsen

Hilde Grimstad
utvalgsleder

Kristin Walter
sekretariatsleder

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ingen håndskrevne signaturer.



Kostnadsvirkninger ved økning av studieplasser i medisin i Norge

Rapport utarbeidet for Universitetet i Bergen, på vegne av Grimstad-utvalget

Oslo Economics

Oslo Economics utreder økonomiske problemstillinger og gir råd til bedrifter, myndigheter og organisasjoner. Våre analyser kan være et beslutningsgrunnlag for myndighetene, et informasjonsgrunnlag i rettslige prosesser, eller et grunnlag for interesseorganisasjoner som ønsker å påvirke sine rammebetingelser. Vi forstår problemstillingene som oppstår i skjæringspunktet mellom marked og politikk.

Oslo Economics er et samfunnsøkonomisk rådgivningsmiljø med erfarne konsulenter med bakgrunn fra offentlig forvaltning og ulike forsknings- og analysemiljøer. Vi tilbyr innsikt og analyse basert på bransjeerfaring, sterk fagkompetanse og et omfattende nettverk

Samfunnsøkonomisk utredning

Oslo Economics tilbyr samfunnsøkonomisk utredning for departementer, direktorater, helseforetak og andre virksomheter. Vi har kompetanse på samfunnsøkonomiske analyser i henhold til Finansdepartementets rundskriv og veiledere.

Fra samfunnsøkonomiske og andre økonomiske analyser har vi bred erfaring med å identifisere og vurdere virkninger av ulike tiltak. Vi prissetter nyttevirkninger og kostnader, eller vurderer virkninger kvalitativt dersom prissetting ikke lar seg gjøre.

Kostnadsvirkninger ved økning av studieplasser i medisin i Norge /nummer 2019-15

© Oslo Economics, 29. mai 2019

Kontaktperson:

Finn Gjerull Rygh / Seniorpartner

fgr@osloeconomics.no, Tel. 928 28 616

Innhold

Sammendrag og konklusjoner	5
1. Bakgrunn for oppdraget og metodikk	7
1.1 Bakgrunn for oppdraget	7
1.2 Metode for gjennomføring av oppdraget	9
2. Medisinutdanningen i Norge og norske medisinstudenter i utlandet	10
2.1 Profesjonsstudiet i medisin i Norge	10
2.2 Medisinutdanningens oppbygning	12
2.3 Legeutdanningen i utlandet	12
2.4 Leger i spesialisering (LIS) – videreutdanning etter legeautorisasjon	13
2.5 Bevilgninger og finansiering tilknyttet medisinutdanning	14
3. Alternative tiltak som vurderes i denne utredningen	16
3.1 Nullalternativet	16
3.2 Alternativ 1: utvide antallet fulltidsstudieplasser i Norge	18
3.3 Alternativ 2: treårig klinisk utdanning	19
4. Identifiserte kostnadsvirkninger	21
4.1 Forskjellen mellom en kostnad, overføring og utgift	21
4.2 Identifiserte virkninger	22
5. Kostnadsestimater	26
5.1 Universitetene	26
5.2 Spesialisthelsetjenesten	29
5.3 Primærhelsetjenesten	31
5.4 Lånekassen	32
5.5 Levekostnader	36
5.6 Skattefinansieringskostnader	37
6. Resultater kostnadsanalyse	38
6.1 Forutsetninger for analysen av de prissatte virkningene	38
6.2 Resultater av prissatte effekter	39
6.3 Usikkerhet i kostnadsberegningene	41
6.4 Følsomhetsanalyser	41
7. Budsjettmessige konsekvenser	44
7.1 Statsbudsjettet	44
7.2 Universitetene	45
7.3 Spesialisthelsetjenesten	46
7.4 Primærhelsetjenesten	46
7.5 Lånekassen	46
8. Fordelingsvirkninger	48
9. Kostnader ved forsinkelser og strategi for kostnadsreducerende tiltak	50

9.1 Kostnader ved forsinket inntreden i arbeidslivet og flaskehalser	50
9.2 Kostnadsreducerende tiltak i investeringsbeslutningen	52
10. Referanser	53

Sammendrag og konklusjoner

Kunnskapsdepartementet nedsatte i juni 2018 en arbeidsgruppe som skal utrede kapasiteten på medisinstudiet, under ledelse av professor Hilde Grimstad (Grimstad-utvalget). Arbeidsgruppen skal vurdere muligheter for å øke antall studieplasser og studiesteder innenlands, samt muligheten for å utvikle et norsk tilbud til norske studenter i utlandet i den kliniske delen av medisinstudiet. Som en del av utredningen har arbeidsgruppen ønsket bistand til å gjennomføre en økonomisk-administrativ analyse av kostnadsvirkningene ved alternative tiltak for utvidelse av medisinstudiet. Oslo Economics har gjennomført denne utredningen.

Kostnadene ved to konkrete alternativer er vurdert:

Alternativ 1 tilsier at kapasiteten i dagens medisinstudium i Norge utvides med 500 studieplasser årlig, det vil si en samlet kapasitetsutvidelse over seks år på 3 000 studenter. Dette tilsier nesten en dobling fra dagens kapasitet i Norge, og muliggjør at alle nordmenn som studerer medisin i utlandet i dag, i stedet kunne fått studieplass i Norge. Gjennom vår 43-årige analyseperiode (tre års byggeperiode, deretter 40 års drift) vil det utdannes 20 000 flere leger ved norske studiesteder.

Alternativ 2 tilsier at det etableres et nytt studium for klinisk medisin i Norge, som er et treårig påbygningsstudium for studenter som har tatt de tre første årene ved utenlandske læresteder. Også her har vi beregnet kostnadene for 500 årlige studieplasser, det vil si en samlet norsk kapasitetsutvidelse på 1 500 studenter over tre år. I dette alternativet vil det også utdannes 20 000 flere leger ved norske studiesteder i løpet av analyseperioden på 43 år, men disse vil da ha halvparten av utdannelsen i Norge og halvparten i utlandet.

Det er mer kostbart å utdanne medisinstudenter i Norge enn i de land der norske medisinstudenter i utlandet i dag typisk studerer, som primært er Polen, Ungarn og Slovakia. Medisinstudiet i Norge er ressurskrevende, med behov for kostbar infrastruktur, få studenter per ansatt, og utdanning som foregår ikke bare på universitet, men også på sykehus og legekontor. Når dette kombineres med at levekostnaden for en student er vesentlig høyere i Norge enn i de typiske studielandene, er det klart at det vil medføre en merkostnad å flytte studenter hjem til Norge.

Våre beregninger viser at alternativ 1 vil medføre en økt samfunnsøkonomisk kostnad målt i netto nåverdi over 43 år på 41 milliarder kroner (drøyt 55 prosent økt kostnad fra nullalternativet). Den klart største kostnadsdriveren er da personalkostnad ved universitetet, men også behovet for nybygg ved universitetene, personalkostnader i spesialisthelsetjenesten og levekostnader for studentene er vesentlige kostnadsdrivere. Kostnaden per nye (fullt ut) norskutdannede lege blir i dette alternativet i overkant av 2,0 millioner kroner. Vi har forutsatt at tiltaket halverer volumet av norske medisinstudenter i utlandet. Dermed utdannes det totalt om lag 10 000 flere norske leger samlet ved norske og utenlandske læresteder i Alternativ 1.

Alternativ 2 vil ha en lavere kostnad, som en følge av at halvparten av utdannelsen fortsatt skjer i utlandet. Våre beregninger viser en samfunnsøkonomisk merkostnad sammenlignet med nullalternativet på 25 milliarder kroner (drøyt 35 prosent økning fra nullalternativet), målt i nettonåverdi over 43 år. Det er de samme dominerende kostnadsdriverne som i alternativ 1, men personalkostnader i spesialisthelsetjenesten er en relativt sett større kostnad i dette alternativet, siden den kliniske undervisningen antas komprimert til de tre årene utenlandsstudentene tar i Norge. Kostnaden per nye (delvis) norskutdannede lege, totalt 20 000, blir i alternativ 2 om lag 1,3 millioner kroner. Også i dette alternativet har vi lagt til grunn at tiltaket medfører en halvering av norske medisinstudenter i utlandet utenom det nye kliniske studiet (om lag 3 000 studenter i dag, 1 500 etter tiltaket), slik at det i alternativet totalt i Norge og utlandet utdannes 10 000 flere medisiner enn i dagens situasjon gjennom en 43-årsperiode.

Det knytter seg stor usikkerhet til kostnadsanslagene. Særlig gjelder dette for investeringskostnader, men også for de omfattende personalkostnadene kan det legges ulike forutsetninger til grunn. I våre beregninger har vi tatt med kun den delen av personalkostnadene i universitetene som knytter seg til utdanning, det vil si at forskning og utvikling, formidling og annet er ekskludert. Dersom også disse kostnadene inkluderes, øker kostnaden for alternativ 1 til 35 milliarder kroner, og alternativ 2 til 32 milliarder kroner.

Dersom det skal være samfunnsøkonomisk lønnsomt å flytte norske medisinstudenter fra utlandet til Norge, vil det måtte være betydelige nyttevirksomheter knyttet til dette. Vårt oppdrag har vært begrenset til å vurdere kostnader, men overordnet kan det synes som om slike nyttevirksomheter primært vil være knyttet til økt kvalitet på norske leger og eventuelt reduserte forsinkelseskostnader både ved opptak til studiet og ved ansettelse som LIS1.

1. Bakgrunn for oppdraget og metodikk

Kunnskapsdepartementet nedsatte i juni 2018 en arbeidsgruppe som skal utrede kapasiteten på medisinstudiet. Arbeidsgruppen skal vurdere muligheter for å øke antall studieplasser eller studiesteder innenlands, samt muligheten for å utvikle et tilbud til norske studenter i utlandet i den kliniske delen av medisinstudiet. Som en del av utredningen har arbeidsgruppen ønsket bistand til å gjennomføre en økonomisk-administrativ analyse av alternative tiltak for utvidelse av medisinstudiet.

1.1 Bakgrunn for oppdraget

Andelen søkere til LIS1-stillinger fra norske studiesteder er synkende

Fullført seksårig profesjonsstudium i Norge eller utlandet gir autorisasjon som lege. I dag er det fire universiteter i Norge som tilbyr medisnutdanning: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU), Universitetet i Bergen (UiB), Universitetet i Oslo (UiO) og Universitetet i Tromsø - Norges arktiske universitet (UiT). Medisinstudiet består av en kombinasjon av teoretisk og klinisk undervisning, med egne perioder i studiet der studentene er i praksis i spesialist- og primærhelsetjenesten. Lengden på praksisperiodene varierer mellom studiestedene, men totalt er det minimum 24 uker praksis, med minst 10 uker i primærhelsetjenesten.¹ I tillegg kommer klinisk undervisning i helseforetak og kommunale helsetjenester i tilknytning til studiestedet.

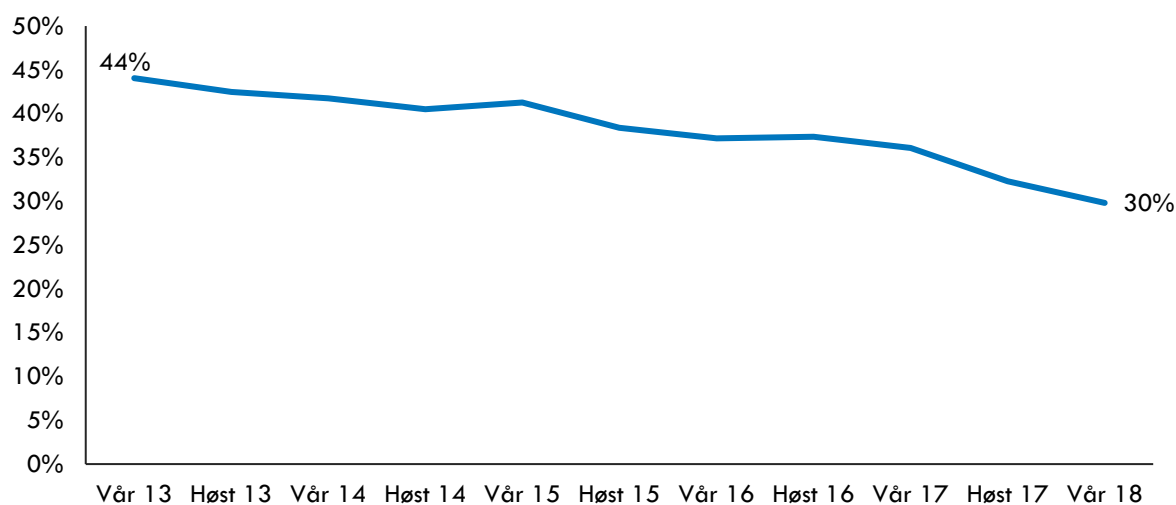
Per i dag er det omtrent 3 700 medisinstudenter i Norge, og det uteksamineres omtrent 520 kandidater hvert år. Til sammenligning er det omtrent 3 200 norske medisinstudenter ved utenlandske studiesteder. Andelen praktiserende leger og andelen søkere til LIS1-stillinger² med utdanningsbakgrunn fra norske studiesteder er synkende. Mens andelen søkere på LIS1-stillinger med norsk utdanningsbakgrunn var 44 prosent våren 2013, var den til sammenligning 30 prosent våren 2018, se Figur 1-1. I samme periode har det vært en vekst i andelen søkere til LIS1-stillinger som har tatt medisnutdanning i et EØS-land, på om lag 37 prosent siden våren 2013.³

¹ Beregningene av praksis baserer seg på forventet fremtidig volum ift. RETHOS-prosessen

² LIS1 erstattet turnustjenesten fra 1. september 2017. LIS1 omfatter 12 måneders tjeneste i sykehus og seks måneder i kommunehelsetjenesten.

³ Andelen praktiserende leger med norsk utdanningsbakgrunn er også synkende og er nå på om lag 60 prosent.

Figur 1-1: Andel søkere til LIS1-stillinger med norsk utdanningsbakgrunn. Våren 2013 til våren 2018.



Kilde: Helsedirektoratet 2018 – Leger i spesialisering del 1 (LIS1) Statusrapport søknadsrunden våren 2018. Beregninger foretatt av Oslo Economics.

Utenlandsstudier gir potensielle kostnadsbesparelser for den norske staten, fordi utdanningen av medisinerer ikke beslaglegger ressurser ved norske studiesteder og i spesialist- og primærhelsetjenesten. Om utviklingen er samfunnsøkonomisk ønskelig avhenger derimot av om medisinstudier i utlandet har tilstrekkelig kvalitet. Kvaliteten på medisinstudiet ved utenlandske studiesteder er ikke alltid av samme kvalitet som den norske, og norske medisinstudenter får i økende grad utdanning ved læresteder i utlandet som har en lav internasjonal ranking (Birkeland, et al., 2016, p. 76). Hvis utviklingen fører til mindre kvalifiserte medisinerer som arbeider i Norge, kan det ha negative virkninger for helsetilbudet til den norske befolkningen.

Nedgangen i andelen medisinerer i Norge med norsk utdanningsbakgrunn er en del av bakgrunnen for at Kunnskapsdepartementet i juni 2018 nedsatte en arbeidsgruppe som skal utrede kapasiteten og mulighetene for å øke andelen innenlandske studieplasser eller studiesteder. En kapasitetsutvidelse vil legge til rette for at flere studenter kan ta utdanningen sin ved norske utdanningsinstitusjoner. Arbeidsgruppen har også som oppdrag å vurdere ulike modeller for et studium i klinisk medisin, herunder et mulig samarbeid mellom Stavanger Universitetssykehus (SUS), Universitetet i Stavanger (UiS) og UiB om å utvikle et tilbud til norske medisinstudenter i utlandet for kun den kliniske delen av studiet.

Arbeidsgruppen ledes av Hilde Grimstad fra NTNU, mens sekretariatsansvaret er lagt til Det medisinske fakultetet ved UiB. I kortform omtales arbeidsgruppen her videre som Grimstad-utvalget.

Tiltak for å øke antall studieplasser i Norge vil kunne ha store økonomiske og administrative virkninger

Medisinstudiet er ressurskrevende og er satt til høyeste kostnadskategori i finansieringssystemet for universiteter og høyskoler (kostnadskategori A). Endringer i omfanget av tilbudet innen medisinstudiet kan ha atskillige økonomiske og administrative virkninger. Hvis det etableres flere studieplasser i Norge vil ikke kapasitetsutvidelsen kun påvirke utdanningsinstitusjonene, men også praksisfeltet (primær- og spesialisthelsetjenesten). Arbeidsgruppen har derfor lyst ut et oppdrag for å kartlegge og analysere konsekvensen av en kapasitetsutvidelse.

Oslo Economics har på oppdrag fra UiB, på vegne av Grimstad-utvalget, gjennomført en økonomisk-administrativ analyse av en kapasitetsutvidelse av medisinstudiet i Norge. Oppdraget er gjennomført i perioden januar 2019 – mai 2019.

1.2 Metode for gjennomføring av oppdraget

Den økonomisk-administrative analysen er gjennomført i henhold til metodikken i offentlige veiledere innen økonomiske analyser.⁴ Utredningen er begrenset til å analysere kostnadssiden av alternative tiltak for å utvide kapasiteten i Norge.

Alternative tiltak kan ha vesentlige budsjettmessige konsekvenser for gruppene som vil bære utgiftene ved de alternative tiltakene, samt konsekvenser for finansieringsmodellene når det gjelder utdanningsaktiviteten til primær- og spesialisthelsetjenesten. Analysen ser derfor både på de samfunnsøkonomiske konsekvensene og de budsjettmessige virkningene av tiltakene.

Informasjonsgrunnlaget for rapporten består av tidligere utredninger og rapporter, samt at arbeidsgruppen har innhentet informasjon om kapasitet, innsatsfaktorer og planer hos aktører som er involvert i utdanning og praksisvirksomhet for norske medisinstudenter. I tillegg har Oslo Economics mottatt data fra Lånekassen og gjennomført utvalgte avklarende samtaler med aktører innen spesialist- og primærhelsetjenesten.

Oslo Economics har gjennomført utredningen i perioden januar-mai 2019.

Kort om begrepsbruk: kostnad, utgift og overføring

I analysen skiller vi mellom kostnader, utgifter og overføringer. Kostnader representerer samfunnets ressursbruk for å produsere en vare eller tjeneste.⁵ En utgift er forbundet med en transaksjon, og utgiften identifiseres typisk i et regnskap. En utgift er en budsjettmessig virkning, som kan, men ikke må, reflektere den samfunnsøkonomiske ressursbruken (kostnader). Overføringer er ikke samfunnsøkonomiske kostnader og kan være en utgift. Skatt (eksl. skattefinansieringskostnader) er et eksempel på en overføring som kan identifiseres i et regnskap (utgift). Enkelte subsidier (for eksempel unntak fra skatt) er imidlertid en overføring som bare indirekte kan identifiseres i et regnskap.

Det kan knytte seg samfunnsøkonomiske kostnader til en overføring, dersom overføringen medfører et effektivitetstap i samfunnet. For en nærmere beskrivelse, se kapittel 4.1.

⁴ Offentlige veiledere er utredningsinstruksen, veileder i samfunnsøkonomiske analyser fra DFØ og føringer fra Finansdepartementet om bruk av samfunnsøkonomisk metode.

⁵ Måleenheten for kostnader er normalt kroner. Men kroner er bare en kvantitativ representasjon av den reelle ressursbruken av innsatsfaktorer som arbeidskraft, materialer, tjenester med mer.

2. Medisinutdanningen i Norge og norske medisinstudenter i utlandet

I Norge er det fire universiteter som tilbyr profesjonsstudium i medisin. I tillegg tilbys medisinske fag ved private utdanningsinstitusjoner, som årsstudium eller bachelorstudium. De private utdanningsinstitusjonene samarbeider også med utenlandske institusjoner om deler av medisinstudiet. Profesjonsstudier i medisin er en kombinasjon av teoretiske og kliniske fag. I Norge er det egne perioder i studiet der studentene er i praksis i primær- og spesialisthelsetjenesten. Etter endte medisinstudier får kandidatene autorisasjon som lege og kan påbegynne spesialistutdanning.

2.1 Profesjonsstudiet i medisin i Norge

Per i dag tilbyr fire universiteter profesjonsutdanning innen medisin i Norge: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU), Universitet i Bergen (UiB), Universitet i Oslo (UiO) og Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet (UiT).

Medisinstudiet gir en uttelling på 360 studiepoeng over seks år. De seks studieårene på medisinstudiet er en kombinasjon av teoretiske og kliniske fag, med egne perioder i studiet der studentene er i praksis i primær- og spesialisthelsetjenesten. Fullført seksårig profesjonsstudium gir graden cand.med. og autorisasjon som lege. Sammenlignet med andre utdanninger er medisinstudiet ressurskrevende, og fastsatt til kostnadskategori A i finansieringssystemet for universiteter og høyskoler.

Nåværende kapasitet ved profesjonsutdanningen innen medisin i Norge er per i dag på 636 studieplasser i året. Kunnskapsdepartementets kandidatmål er et estimat på antall uteksaminerte fra det enkelte universitet. Som man ser av Tabell 2-1 er kandidatmålet for 2019 på 562 uteksaminerte.

Tabell 2-1: Kandidatmål fra kunnskapsdepartementet

Universitet	Kandidatmåltall for 2019
NTNU	114
UiB	164
UiO	200
UiT	84
Totalt	562

Kilde: Kunnskapsdepartementets orientering om statsbudsjettet 2019 for universitet og høyskoler

Ser man på historiske tall for antall uteksaminerte medisiner i Norge, har antallet holdt seg nokså jevnt over tid. I perioden 2013 til 2018 ble det uteksaminert i gjennomsnitt 525 medisiner fra de fire universitetene i Norge som tilbyr profesjonsstudiet i medisin. I Tabell 2-2 viser vi utviklingen i opptak og uteksaminerte i perioden 2007-2018, fordelt på de fire studiestedene. Under tabellen gir vi en kort beskrivelse av medisinstudiet ved de fire universitetene.

Tabell 2-2: Antall opptatte og uteksaminerte kandidater i perioden 2007-2018

Universitet	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
NTNU												
Opptak	120	122	120	119	124	122	121	119	130	137	139	145
Uteksaminert							106	114	109	105	113	87
UiB												
Opptak	159	158	161	154	148	176	168	179	164	173	181	171
Uteksaminert							139	141	134	152	133	170
UiO												
Opptak	210	210	210	210	210	210	220	220	220	220	220	220
Uteksaminert							195	192	185	188	179	188
UiT												
Opptak	95	90	92	95	109	108	112	108	119	128	107	110
Uteksaminert							92	75	83	91	84	95
Totalt												
Opptak	584	580	583	578	591	589	621	626	633	658	647	646
Uteksaminert							532	522	511	536	509	540

Kilde: Grimstad-utvalget. Opptaket innebærer noe «overbooking» og ligger således noe over den egentlige kapasiteten.

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU)

Profesjonsstudiet i medisin ved NTNU administreres av Fakultet for medisin og helsevitenskap. Fakultetet består av åtte institutter, hvor Institutt for klinisk og molekylær medisin, Institutt for nevrologi og bevegelsesvitenskap, Institutt for psykisk helse, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk og Kavliinstitutt for nevrovitenskap er sentrale for medisinstudiet. NTNU forholder seg til Helse Midt-Norge RHF, og er tett integrert med St. Olavs hospital, hvor studentene har klinisk undervisning i deler av studiet. Studentene er i praksis i alle sykehusene i Helse Midt-Norge og på Tynset sykehus i HSØ, etter muntlig avtale med UiO. Praksis i primærhelsetjenesten får studentene i Møre og Romsdal og Trøndelag. Desentral legeutdanning fra og med 3. studieår foregår i Helse-Nord-Trøndelag, med klinisk undervisning ved sykehusene i tillegg til praksis.

Universitetet i Bergen (UiB)

Det medisinske fakultetet ved UiB består av fem institutter, hvor Institutt for biomedisin, Klinisk institutt 1, Klinisk institutt 2 og Institutt for global helse og samfunnsmedisin er sentrale for medisinstudiet. Undervisningen skjer i hovedsak på eller i nærheten av Haukeland universitetssykehus, men i praksisperiodene blir studentene utplassert ved sykehusene i Førde, Stavanger og Haugesund. UiB forholder seg til Helse Vest RHF når det gjelder ekstern praksis og klinisk undervisning. Praksis i primærhelsetjenesten får studentene i Hordaland, Rogaland, Sogn og Fjordane og Vest-Agder.

Universitetet i Oslo (UiO)

Det medisinske fakultetet ved UiO består av fem institutter og enheter, hvor Institutt for helse og samfunn, Institutt for medisinske basalfag, Institutt for klinisk medisin og Norsk senter for molekylærmedisin er sentrale for medisinstudiet. Undervisning og praksis ved profesjonsstudiet i medisin pågår blant annet ved Oslo universitetssykehus og Akershus universitetssykehus. UiO forholder seg til Helse Sør-Øst RHF når det gjelder ekstern praksis og klinisk undervisning. Praksis i primærhelsetjenesten får studentene i Oslo, Akershus, Telemark, Vestfold, Aust-Agder, Buskerud, Oppland, Hedmark og Østfold.

Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet (UiT)

Det helsevitenskapelige fakultetet ved UiT består av tolv institutter og enheter, hvor Institutt for medisin og odontologi, Institutt for medisinsk biologi, Institutt for samfunnsmedisin og Institutt for klinisk medisin er sentrale for medisinstudiet. UiT forholder seg til Helse Nord RHF og studiene er knyttet tett opp mot Universitetssykehuset Nord-Norge, hvor studentene er i praksis i deler av studiet. Praksis i primærhelsetjenesten får studentene hovedsakelig i Finnmark, Troms og Nordland. Desentral legeutdanning foregår i Bodø og i Finnmark.

Sonderinger/planlegging om utvidelse om medisinstudiet til Universitetet i Stavanger

I januar 2016 ble det vedtatt at det nye Stavanger universitetssykehus (SUS) skulle bygges på Ullandhaug, som nabo til Universitetet i Stavanger. Kunnskapsdepartementet vurderer nå en modell hvor studenter som studerer medisin i utlandet, kan ta de siste årene av studiet i Stavanger. Så langt er det ikke snakk om et 6-årig profesjonsstudium, men et klinisk studium der UiB, UiS og SUS samarbeider.

2.2 Medisinutdanningens oppbygning

Profesjonsstudiet i medisin er et heltidsstudium som strekker seg over 6 år. Studiene er integrerte løp, der basalfag og kliniske fag integreres fra første studieår. De første årene er normalt fokusert rundt teoretiske fag, men studentene får noe klinisk undervisning i helsetjenesten fra start. Fra fjerde eller femte året får studentene oppleve legeyrket i praksis gjennom lengre utplasseringsopphold. Det er noen forskjeller mellom de fire lærestedene når det gjelder hvor mye praksis og klinisk undervisning som gis på ulike tidspunkter. Det alle likevel har felles, er at det er undervisning og praksis både i primær- og spesialisthelsetjenesten, og at hoveddelen av praksisrelatert utdanning skjer i senere del av utdanningen.

Data fra Grimstad-utvalget tilsier at studentene i gjennomsnitt skal ha minimum 24 uker i praksis hvorav minst 10 uker i primærhelsetjenesten.⁶ I tillegg kommer om lag 18 uker klinisk undervisning, primært i spesialisthelsetjenesten. Vi har benyttet dette omfanget i våre analyser.

2.3 Legeutdanningen i utlandet

Mange norske studenter studerer i utlandet, og etter økonomi/administrasjon er medisin i dag den studieretningen der det er flest norske utenlandsstudenter. De aller fleste nordmenn som studerer medisin i utlandet tar hele profesjonsutdanningen der, men den siste tiden har det også vokst frem kombinasjonsmuligheter i regi av private høyskoler der starten på utdanningen i medisinske fag tas i Norge og bygges på med kliniske studieløp i utlandet. At så mange nordmenn studerer i utlandet skyldes både manglende kapasitet ved norske universiteter, men også at utdanningen innen flere helseprofesjoner er harmonisert i EU/EØS.

Kort om EU/EØS-regelverket

Innenfor EU/EØS er det noen helseprofesjoner som er harmonisert gjennom yrkeskvalifikasjonsdirektivet. Det betyr at det er definert hva disse utdanningene minimum skal inneholde, slik at de skal gi rett til autorisasjon i et annet EU/EØS-land hvis de gir rett til autorisasjon i utdanningslandet (Helsedirektoratet, 2018).⁷ Det innebærer at dersom man tar medisinutdanningen innen EU/EØS, og utdanningen fører til autorisasjon i studielandet, vil man få autorisasjon i Norge etter endt studium.

Norske private undervisningsinstitusjoner har samarbeid med utenlandske universiteter

I Norge er det tre private høyskoler som tilbyr en grunnpakke på ett eller tre år i Norge med videre studieløp på utvalgte studiesteder i utlandet. Høyskolene fasiliteter også opptaksprosessen til medisin, som ledd i samarbeidsavtaler med studiesteder i utlandet.

⁶ Datagrunnlaget baserer seg på forventet fremtidig volum ift. RETHOS-prosessen

⁷ De harmoniserte utdanningene er: lege, tannlege, sykepleier, jordmor, farmasøyt.

Atlantis Medisinske Høgskole tilbyr Bachelor i medisin, teoretisk studium. Atlantis samarbeider med Medical University of Lodz om opptak til videre 4-årig klinisk medisinstudium. De tilbyr også ett-års program med videre studier i Slovakia.

Bjørknes Høgskole har i dag et samarbeid med University of Pecs Medical School i Ungarn, hvor studenter som har fullført årsenhet i medisinsk biologi kan starte direkte på andreåret i medisin der. Studiet har en øvre grense på 75 studenter per år. Bjørknes Høgskole har også planer om å inngå et tilsvarende samarbeid med Medical University of Gdansk i Polen i løpet av en toårsperiode. Øvre grense her vil være på 30 studenter.

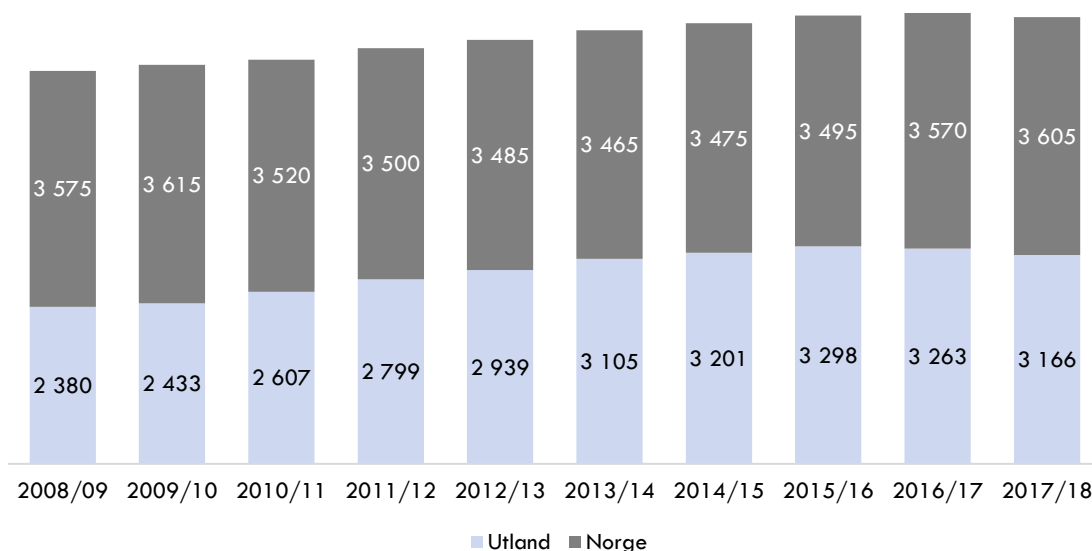
Høgskolen Kristiania etablerer bachelor i biomedisin høsten 2019. Høgskolen håper på samarbeid med universiteter i Polen, Slovakia, Ungarn og Kypros.

2.3.1 Sterk vekst i antall norske medisinstudenter i utlandet

Det har aldri vært uteksaminert tilstrekkelig antall leger fra norske studiesteder til å kunne fylle alle ledige medisinstillinger i Norge (Birkeland, et al., 2016). Leger utdannet i utlandet har derfor dekket et behov i Norge.

Figur 2-1 viser at det har vært en sterk vekst i antallet norske medisinstudenter i utlandet fra 2008/09 til 2017/18. Sammenligner man 2008/09 og 2017/18, ser man at veksten i utenlandsstudenter var 33 prosent, sammenlignet med en økning på 1 prosent i Norge. Andelen utenlandsstudenter har også vokst betydelig, mens 40 prosent av medisinstudenter var utenlandsstudenter i 2008/09, var andelen 47 prosent i 2017/18. De siste årene har veksten i norske medisinstudenter i utlandet riktignok flatet noe ut, men hvis utviklingen fortsetter med samme trend som de siste ti årene, vil det om få år være flere norske medisinstudenter i utlandet enn i Norge.

Figur 2-1: Antall norske medisinstudenter i Norge og utlandet



Kilde: NSD (Norge) og Lånekassen (utlandet). Tallene for Norge viser totalt antall studieplasser for høstsemesteret.

2.4 Leger i spesialisering (LIS) – videreutdanning etter legeautorisasjon

Nyutdannede leger fortsetter i et spesialiseringsløp etter endte medisinstudier. Leger i spesialisering (LIS) består av tre faser og kan påbegynnes etter en ferdigutdannet medisinstudent har fått autorisasjon som lege. Spesialiseringen varer i minimum seks og et halvt år, og erfaringsmessig

bruker leger noe mer tid på å fullføre spesialisering. Første fase i spesialiseringsløpet, dagens LIS1-ordning, har erstattet den gamle turnusordningen.

Fra turnustjeneste til LIS

Turnustjenesten ble innført i 1955 for å kompensere for nedkortet studietid. Ordningen skulle sørge for faglig kvalifisering av nyutdannede leger og bidra til en god geografisk fordeling av leger (Helsedirektoratet, 2019).

Turnusordningen var i utgangspunktet rettighetsbasert, og det var hjemlet i turnusforskriften at staten hadde en plikt til å sikre at alle kandidater fikk en turnusplass.⁸ Frem til desember 2012 var det et vilkår at turnus var gjennomført og godkjent, for å få autorisasjon som lege og påbegynne spesialisering. Unntaket var leger med autorisasjon på bakgrunn av utdanning i annet EU/EØS-land, som kunne starte rett i spesialisering. Tildeling og fordeling av turnusplasser var trekningsbasert, men et økende antall ferdigutdannede leger førte til en økende turnuskø.

Som en konsekvens av en voksende turnuskø ble turnusordningen lagt om til en søknadsbasert ordning fra 1. desember 2012. Autorisasjonstidspunktet for norskutdannede leger ble også flyttet, slik at autorisasjon nå blir gitt etter endt profesjonsutdanning i medisin, men med krav til turnus for å kunne starte det videre spesialiseringsløpet. Med en søknadsbasert turnusordning var det ledende prinsippet at ansettelse skulle skje i henhold til arbeidslivets regler. Turnustjenesten er nå avviklet og erstattet av LIS1-ordningen.

Ny spesialistforskrift, leger i spesialisering, trådte i kraft 1. september 2017, og ny forskrift for utdanningens andre og tredje del trer i kraft 1. mars 2019. Samlet varer spesialiseringen i minimum seks og et halvt år. Den første delen, LIS1, er felles for alle spesialitetene og varer i halvannet år. De neste fem årene er spesialisering innen retningen en medisin har valgt. Spesialistutdanningens del 2 er en felles basisutdanning for grupper av spesialiteter i kirurgiske og medisinske fag. Spesialistutdanningens del 3 har unike læringsmål for hver spesialitet.

2.5 Bevilgninger og finansiering tilknyttet medisinutdanning

Universitetene

Finansieringssystemet for universiteter og høyskoler består av basismidler og resultatbaserte midler, der det resultatbaserte er en del av et nasjonalt insentivsystem. Basismidler er satt sammen av midler til faglig profil, bredde i fagtilbud, husleiemidler, midler til drift og vedlikehold av bygninger, samt midler til studieplasser mv.⁹ Resultatbasert finansiering er basert på åtte indikatorer, deriblant tall på studiepoeng, ferdigutdannede kandidater mv.¹⁰

Profesjonsstudiet i medisin er i kategori A for finansieringssystemet, der satsen for basismidler er 242 850 kroner per 60 studiepoeng. Innen den resultatbaserte finansieringen gis i tillegg 201 700 kroner per 60 studiepoeng for profesjonsstudiet, mens et tilsvarende studium som ikke er del av integrerte femårige masterprogram eller profesjonsstudier er 100 850 kroner for 60 studiepoeng (Kunnskapsdepartementet, 2018).

Investeringer i bygg finansieres på ulike måter i UH-sektoren. Statsbygg har i en kartlegging¹¹ vist at de står for om lag to tredjedeler av byggeprosjektene i sektoren, og at den klart største andelen av dette igjen (målt i kroner) finansieres av Stortinget gjennom statsbudsjettet. Den resterende tredjedelen finansieres av UH-sektoren selv. For bygg som universitetene leier av Statsbygg, betaler universitetene

⁸ Helse- og omsorgsdepartementet, 2001, Forskrift om praktisk tjeneste (turnustjeneste) for leger ved loddtrekning FOR-2001-12-20-1549.

⁹ <https://www.regjeringen.no/no/tema/utdanning/hoyere-utdanning/finansieringssystemet/id494257/>

¹⁰ De åtte indikatorene er: tall på studiepoeng (åpen ramme), tall på utvekslingsstudenter, inkludert Erasmus+-studenter (åpen ramme), tall på ferdigutdannede kandidater (åpen ramme), tall på doktorgradskandidater (åpen ramme), midler fra EU (lukka ramme), midler fra Norges forskningsråd og regionale forskningsfond (lukka ramme), inntekter fra bidrags- og oppdragsaktiviteter (BOA) (lukka ramme), vitenskapelig publisering (publiseringspoeng) (lukka ramme)

¹¹ Statsbygg 2018, Kunnskapsgrunnlag for universitets- og høyskolesektoren

en kostnadsdekkende husleie, som er beregnet slik at den samlede kostnad for bygget gjennom levetiden (investeringskostnader og driftskostnader) dekkes av husleien.

Primærhelsetjenesten

Finansieringen av medisinstudenters praksis i primærhelsetjenesten går over universitetenes budsjetter, ifølge Grimstad-utvalget. Det innebærer at universitetene må dekke utgifter knyttet til praksis i primærhelsetjenesten gjennom basismidler og resultatbaserte midler. Praksis inngår ikke i de resultatbaserte tilskuddene som en egen post. Det innebærer for eksempel at et økt antall uker i praksis i primærhelsetjenesten ikke vil øke bevilgningene.

Spesialisthelsetjenesten

Utdanning av helsepersonell er en av fire lovpålagte hovedoppgaver for helseforetakene¹², der helseforetakenes utdanningsoppgaver er primært som praksisarena for blant annet medisinstudenter. Under dagens finansieringsmodell finansierer helseforetakene sin utdanningsaktivitet gjennom basisbevilgningen (NOU 2008:2, 2008).

Bevilgninger til investeringer og vedlikehold er ikke øremerket, men overføres som en del av den generelle basisrammen. Helseforetakene prioriterer investeringer i bygg og utstyr eller vedlikehold opp mot annen drift. Samlet er det fire finansieringskilder for nye investeringer: inntekter i basisrammen til å dekke avskrivninger, lån fra staten der det er adgang til å låne opptil 70 prosent av prosjektkostnadene, sparing/overskudd fra driften og finansiell leasing. Fra 2015 ble det også gitt adgang til at de regionale helseforetakene kan inngå finansielle leieavtaler med en kontraktsverdi på inntil 100 millioner kroner (NOU 2016:5, 2016).

Lånekassen

Lånekassen får bevilgninger over statsbudsjettet. Staten finansierer ikke den samlede bevilgningen kun gjennom allmenn beskatning, men også gjennom opptak av statsgjeld, i likhet som med Husbanken.

¹² Jf. spesialisthelsetjenesteloven §§ 3-5, 3-8 og helseforetaksloven §§ 1 og 2. I forskriften for universitetssykehus er det for øvrig et krav om at en vesentlig del av undervisningen av medisinstudenter skal foregå ved sykehuset for at det skal kunne benevnes universitetssykehus.

3. Alternative tiltak som vurderes i denne utredningen

Vi har gjennomført en kostnadsvirkningsanalyse av to alternative tiltak for utvidelse av kapasiteten i medisinstudiet i Norge, i tillegg til nullalternativet der dagens kapasitet videreføres. Alternativene legger til grunn at det opprettes 500 nye studieplasser for henholdsvis fulltidsstudenter eller for klinisk utdanning. Tiltaket gir dermed 500 flere nye medisinstudenter i Norge per år. Omfanget av tiltakene øker kapasiteten med henholdsvis 3000 og 1 500 medisinstudenter i Norge. For alternativet med utvidelse av fulltidsstudenter i Norge innebærer tiltaket nærmere en dobling av norske medisinstudenter, og er noe i underkant av omfanget av medisinstudenter som i dag studerer i utlandet.

De to alternative tiltakene som analyseres er:

1. Utvide antall studieplasser i Norge for medisinstudiet med 500 plasser per årskull, det vil si utvide kapasiteten totalt sett over seks år med 3 000 studenter.
2. Tilby nytt studietilbud i klinisk medisin i Norge, rettet mot studenter som har studert de tre første årene i utlandet. Det kliniske studiet vil gå over tre år med 500 plasser per årskull, det vil si en total kapasitet på 1 500 studenter.

Omfanget av nye studieplasser i de to alternativene kan tenkes annerledes, men vi har her lagt til grunn det omfanget som oppdragsgiver har definert. Ved å ha et tilsvarende antall studieplasser i de to alternativene, blir det enklere å sammenligne det totale kostnadsbildet.

Alternativene oppsummeres kort i Tabell 3-1, før vi beskriver dem i mer detalj i de neste delkapitlene.

Tabell 3-1: Oppsummering av alternativene

Nr.	Alternativ	Beskrivelse
0	Nullalternativet	Nullalternativet viderefører dagens kostnadsbilde over tid ved å opprettholde dagens system, uten utvidelser av dagens kapasitet i Norge. En viktig forutsetning for nullalternativet er at antall medisinstudenter ved universitetene i Norge ikke vil øke over analyseperioden ettersom kapasiteten ved universitetene er tilnærmet fullt utnyttet.
1	Utvide antall fulltidsstudieplasser for medisin i Norge	I alternativ 1 utvides medisinstudiet i Norge med 500 fulltidsstudieplasser. Dette tiltaket inkluderer både teoretisk og klinisk undervisning, og strekker seg over seks år. Totalt betyr dette en økt kapasitet for 3 000 studenter. I rapporten er det forutsatt at kapasitetsutvidelsen skjer ved ett nybygg på ett eksisterende lærested, men det kan være mulig å gjennomføre kostnadsminimerende tiltak ved å bygge ut på universitetene der kostnadene er lavest. Tiltaket vil samlet gi 20 000 flere norskutdannede leger, og 10 000 flere norske leger med norsk eller utenlandsk utdanning i løpet av analyseperioden.
2	Utvide antall studieplasser for klinisk medisin i Norge	I alternativ 2 utvides medisinstudiet i Norge med kun klinisk undervisning. Alternativet er at norske studenter i utlandet får et tilbud om et treårig klinisk studium i Norge etter fullført teoriutdanning i utlandet. I analysen er det forutsatt at det opprettes 500 slike studieplasser. Kapasitetsbehovet blir dermed 1 500 studenter. Vi har lagt til grunn samme antall uker med klinisk opplæring og praksis som i alternativ 1, men i alternativ 2 komprimeres da denne kliniske opplæringen over tre år i stedet for seks år. Tiltaket vil samlet gi 20 000 flere delvis norskutdannede leger, og 10 000 flere norske leger med norsk eller utenlandsk utdanning i løpet av analyseperioden.

3.1 Nullalternativet

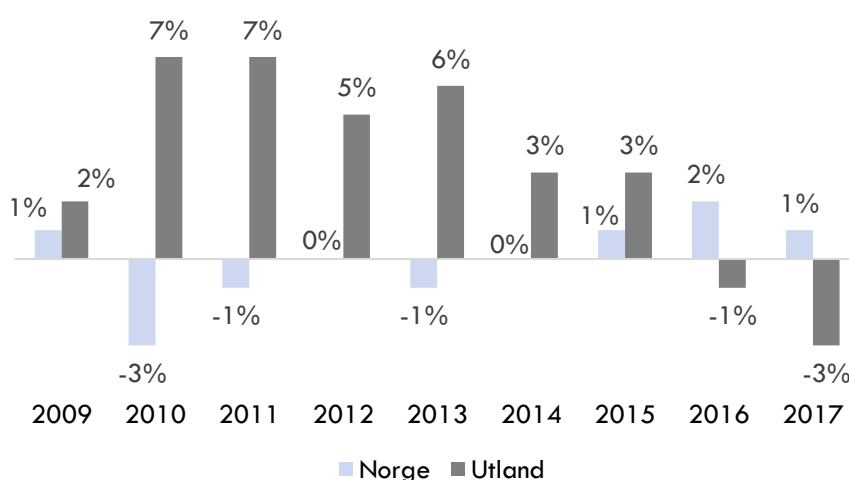
Nullalternativet representerer dagens kostnadsbilde for utdanning av medisinstudenter og framskrivninger av dagens kostnadsbilde dersom det ikke gjøres andre tiltak enn de som allerede er planlagt.

Fremtidig vekst i antall medisinstudenter

Veksten i antall registrerte medisinstudenter i Norge har vært tilnærmet null, med årlig gjennomsnittlig vekst fra 2009-2017 på 0,10 prosent, se Figur 3-1. En av årsakene til denne nullveksten er at kapasiteten ved de fire universitetene som tilbyr profesjonsstudium i medisin er så godt som nådd. At det er ikke mulig å ta opp flere medisinstudenter ved norske universiteter er knyttet til flere begrensninger, deriblant manglende areal, manglende kapasitet for klinisk undervisning ved sykehus og få praksisplasser innen primærhelsetjenesten (Grimstad-utvalget, 2019). Vi legger derfor til grunn at antallet medisinstudenter i fremtiden i Norge vil være likt dagens nivå over hele analyseperioden.

I utlandet har den årlige veksten i antall norske medisinstudenter vært vesentlig høyere, selv om vekstraten har flatet ut de siste årene. Den årlige gjennomsnittlige veksten av antall medisinstudenter i utlandet var 3,3 prosent for perioden 2009-2017, se Figur 3-1. Den samlede årlige gjennomsnittlige veksten for medisinstudenter er 1,44 prosent.

Figur 3-1: Årlig vekst i antall medisinstudenter



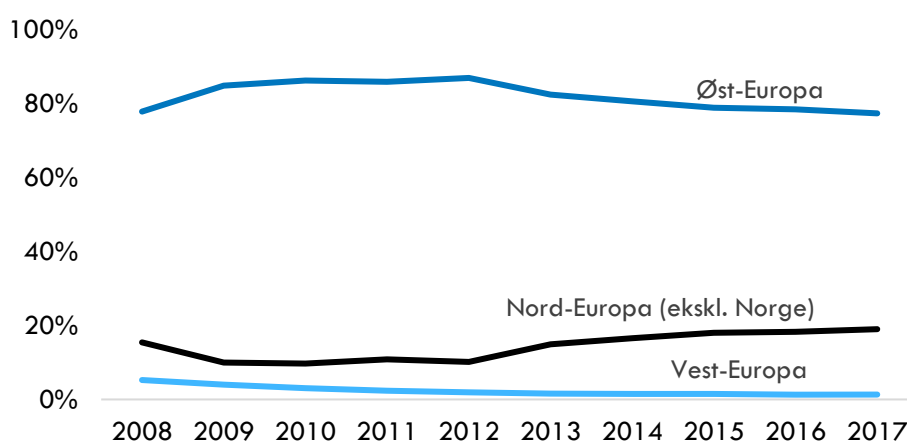
Kilde: Lånekassen og NSD

Antall medisinstudenter og fordeling på land

I undervisningsåret 2017/2018 var det totalt 3 605 registrerte medisinstudenter i Norge fordelt på NTNU, UiB, UiO og UiT, mens det i utlandet var registrert 3 166 medisinstudenter. Det vil altså si at med dagens kapasitet utdannes omtrent 53 prosent av norske medisinstudenter ved norske universiteter, og resterende 47 prosent ved utenlandske institusjoner.

Figur 3-2 viser hvor medisinstudentene fra Norge studerer i utlandet. De siste ti årene har Øst-Europa dominert med rundt 80 prosent av den totale studentmassen i utlandet, mens under 5 prosent av studentene studerer i Vest-Europa. Nord-Europa (eksl. Norge) utpeker seg med en relativt høy vekst fra rundt 2012, samtidig som antall studenter i Øst-Europa avtar noe.

Figur 3-2: Fordeling av medisinstudenter i Europa



Kilde: Lånekassen. Landene er kategorisert etter FNs definisjon.

I Øst-Europa har Polen rundt 1 200 norske medisinstudenter og er landet der flest nordmenn studerte medisin i 2017. I Nord-Europa er Danmark størst med om lag 400 medisinstudenter. Vest-Europa er derimot den regionen som mottar færrest medisinstudenter, hvor Tyskland er det landet som mottok flest studenter i 2017 med 19 studenter.

Vi forutsetter at utviklingen de siste ti årene fortsetter over analyseperioden. Det innebærer at det innen ti år vil være flere medisinstudenter som utdannes i utlandet enn ved norske universiteter. Vi har lagt til grunn nullvekst i Norge, og en årlig gjennomsnittlig vekst av medisinstudenter i utlandet på 3,3 prosent. Ved utgangen av 2040 vil det bety at rundt 54 prosent av medisinstudentene studerer ved utenlandske universiteter, med 4 400 norske medisinstudenter i utlandet og 3 600 som tar utdannelsen i Norge.

3.2 Alternativ 1: utvide antallet fulltidsstudieplasser i Norge

Alternativ 1 innebærer å utvide antall fulltidsstudieplasser i Norge. Det er flere aktuelle scenarioer for hvor stor utvidelsen skal være, og hvor kapasitetsutvidelsen skal skje. Ifølge Grimstad-utvalget vil utvidelsen være i størrelsesorden 500 nye studenter per år, og disse kan fordeles på de eksisterende universitetene som tilbyr medisin, det kan opprettes et medisinstudium ved et nytt universitet eller en kombinasjon av disse to løsningene. Vi har lagt til grunn 500 nye studieplasser per år, det vil si en total kapasitetsøkning på 3 000 studenter til enhver tid, ved ett av de eksisterende lærestedene.

Sentrale antagelser om den totale veksten i medisinstudenter ved kapasitetsutvidelser

En utvidelse av medisinstudiet i Norge kan påvirke antallet som velger å studere medisin i utlandet. I analysen har vi lagt til grunn at 50 prosent av kapasitetsutvidelsen i Norge fører til en tilsvarende reduksjon i den norske studentmassen som studerer medisin i utlandet. De resterende 50 prosent av studieplassene i Norge fylles opp av andre norske studenter, som alternativt ville studert et annet fag uten kapasitetsutvidelsen.

Konsekvenser for studentmassen i utlandet som følge av økt kapasitet ved medisinutdannelsen i Norge kan tenkes å gi bevegelse i begge retninger. Kostnadsvirkninger som følge av ulike antagelser om disse bevegelsene drøftes i følsomhetsanalyse senere i utredningen, der vi ser på det fulle spennet mellom 0 og 100 prosent reduksjon i norske utenlandsstudenter.

Usikkerheten knyttet til hva man kan forvente av overføringer fra medisinstudier i utlandet til Norge er knyttet til en rekke forhold. I utgangspunktet vil man anta at dersom tilbudet av studieplasser i Norge øker, så vil etterspørselen etter medisinstudiet også øke; altså en reell økning i antallet norske medisiner i Norge. Merk at en slik økning vil føre til en reduksjon i antallet studenter i andre studier i nullalternativet, som fører til en kostnadsreduksjon i andre deler av høyskole- og universitetssektoren.

Vi mener at man ikke uten videre kan legge til grunn at det kun er en overflytting fra andre studier i Norge til medisin som skjer ved en kapasitetsutvidelse, der dette skyldes to dynamiske tilpasninger. For det første må man anta at studentmassen som i nullalternativet vil studere i utlandet vil konkurrere om de samme norske plassene med studenter som i nullalternativet hadde tatt et annet studium enn medisin. Studentene som alternativt ville studert medisin i utlandet vil antageligvis også fylle en andel av de nye studieplassene, hvis studentene i utlandet i utgangspunktet ligger rett under dagens karakterkrav for å komme inn på medisinstudiet i Norge. Det er ikke sannsynlig at tiltaket vil gi impulser til studenter som i nullalternativet ikke velger å studere medisin i utlandet, slik at disse etter at tiltaket er gjennomført likevel velger å studere medisin i utlandet. Volumet av nordmenn som studerer i utlandet bør derfor reduseres når tiltaket gjennomføres.

Den andre dynamiske effekten oppstår ved at tiltaket med kapasitetsutvidelser ikke vil påvirke antallet LIS1-stillinger i Norge. Opphopningen av ferdigutdannede medisinstudenter som venter på å starte spesialiseringsløpet vil vokse med en antagelse om en total økning i antallet medisinstudenter. Forventninger om arbeid vil antageligvis påvirke søkertall, og arbeidsmulighetene som lege fordrer fullført LIS1. Dersom situasjonen innen LIS1 blir mer prekær og den informasjonen er offentlig, vil det ha en reduserende effekt på etterspørselen etter medisinstudier generelt.

Vår vurdering er derfor at vi ikke kan legge til grunn at volumet av utenlandsstudenter ikke påvirkes av tiltaket, men vi kan heller ikke legge til grunn at det ikke vil være noen nordmenn som studerer medisin i utlandet etter at tiltaket er gjennomført. Vi forutsetter at tilpasning blir midt mellom disse to ytterpunktene, det vil si at volumet av norske medisinstudenter i utlandet halveres. Det betyr, forenklet sagt, at de 500 nye studieplassene fylles av 250 studenter som i nullalternativet ville studert et annet fag enn medisin, og 250 studenter som i nullalternativet ville studert medisin i utlandet.

At antallet medisinstudenter samlet i Norge og utlandet øker er årsaken til at tiltaket vil føre til at det i løpet av analyseperioden ferdigutdannes 10 000 flere leger enn i nullalternativet.

Sentrale antagelser om byggeinvesteringer i utvidet kapasitet

For å anslå hva det koster å utvide medisinstudiet i Norge knyttet til byggeinvesteringer kan to ulike tilnærminger benyttes. Det kan enten tas utgangspunkt i at arealkapasiteten er fullt utnyttet ved dagens universiteter og deretter anslå hva det koster å bygge et helt nytt lærested. Denne fremgangsmåten er ekvivalent med å beregne hva det koster å bygge opp et helt nytt medisinstudium ved et universitet som i dag ikke tilbyr medisin.

Alternativt kan man kartlegge de ulike kapasitetsbegrensningene ved universitetene som i dag tilbyr medisinstudier, og legge til grunn at medisinstudiet utvides der kostnadene er lavest. I sistnevnte tilfelle ville det vært gunstig å utvide der hvor det for eksempel er kapasitet ved laboratorier og simuleringsrom, ettersom det er dyrere å investere i slike areal enn i lesesaler og forelesningssaler. En slik tilnærming vil kreve en detaljert oversikt over arealer og personal hos hvert enkelt universitet og universitetssykehus.

I denne rapporten er den første tilnærmingen lagt til grunn. I eventuelle senere faser i et prosjekt for å utvide kapasiteten innen medisinstudiet i Norge vil man kunne avdekke muligheter for kostnadsreduserende tiltak ved å utnytte de komparative fortrinnene ved de eksisterende norske universitetene.

3.3 Alternativ 2: treårig klinisk utdanning

Alternativ 2 innebærer en modell for et 3-årig klinisk studium i Norge. Tilbudet vil bli gitt til norske studenter som har fullført teoriutdannelsen i utlandet. Tanken bak denne modellen er at Norge kan øke antallet medisinstudenter som blir uteksaminert i Norge, uten å bære hele kostnaden av medisinstudiet. Studentene tar tre år av studiet i utlandet, før de kan søke seg inn på et treårig klinisk studium i Norge. Vi har modellert alternativet slik at det har samme studentvolum som alternativ 1, det vil si 500 årlige studieplasser, tilsvarende en totalkapasitet på 1 500 studenter.

Vurderingen av virkningen for antall utenlandsstudenter er tilsvarende som i alternativ 1.

Det er også her lagt til grunn at utvidelsen krever infrastruktur som må bygges helt nytt. Modellen er et samarbeid mellom Stavanger Universitetssykehus, Universitetet i Stavanger og Universitet i Bergen, men analysen tar ikke hensyn til eventuelle kostnader knyttet til geografiske forskjeller. Det er også forutsatt som i alternativ 1, at antallet nordmenn som tar de siste tre årene av medisinstudiet i utlandet, halveres når det nye norske studiet etableres.

Det kan tenkes at studentene vil ha behov for forkurs for å komme opp på et nivå som er tilstrekkelig for å ha utbytte av det treårige studiet. Det vil i så fall bety at alternativ 2 innebærer noe mer enn tre års studietid. Vi har likevel ikke på det nåværende tidspunkt konkrete data som indikerer et omfang på slike tilleggskurs, og har derfor ikke lagt dette inn i kostnadsberegningen.

Som i Alternativ 1 vil antallet medisinstudenter øke totalt. I løpet av analyseperioden ferdigutdannes 10 000 flere norske leger samlet i Norge og utlandet enn i nullalternativet.

4. Identifiserte kostnadsvirkninger

En utvidelse av medisinstudiet i Norge vil ha mange kostnadsvirkninger for ulike aktører. I kostnadsvirkningsanalyser vurderes kostnader, ikke utgifter. I den videre analysen er det viktig å ha klarhet i hva som er forskjellen mellom en kostnad og en budsjettmessig utgift. Kapittelet gir en samlet oversikt over hvilke kostnadsvirkninger som er identifisert, både prissatte og ikke-prissatte, mens budsjettmessige konsekvenser behandles i kapittel 7.

4.1 Forskjellen mellom en kostnad, overføring og utgift

I analysen er det viktig å ha en forståelse for forskjellen mellom en kostnad og en utgift i samfunnsøkonomiske analyser. Kostnader representerer samfunnets ressursbruk for å produsere en vare eller tjeneste. Måleenheten for kostnader er normalt kroner. Men kroner er bare en kvantitativ representasjon av den reelle ressursbruken av innsatsfaktorer som arbeidskraft, materialer, tjenester med mer.

Med en utgift menes en transaksjon som er målt i kroner og øre, og er en monetær ytelse mellom to aktører. Utgifter identifiseres typisk i et regnskap. En utgift er en budsjettmessig virkning, som kan, men ikke må, reflektere den samfunnsøkonomiske ressursbruken (kostnader). Dette er ofte spesielt tydelig i offentlig sektor der virksomheter finansieres gjennom utgiftsfordelings- og tilskuddsmodeller. For eksempel kan den reelle kostnaden (ressursbruken) ved klinisk undervisning i form av tidsbruken for en fastlege, være annerledes enn utgiften som inngår i regnskapet til Universitetet som betaler fastlegen for denne tjenesten.

Overføringer er også et begrep i samfunnsøkonomiske analyser, som ligner en utgift, men ikke må være en utgift. Skatt (eksl. skattefinansieringskostnader) er et eksempel på en overføring. Når en arbeidstaker har mottatt lønnen for arbeidet, der lønnen tilsvarer den samfunnsøkonomiske verdien av arbeidet, har det medgått en ressursbruk i arbeidstimer. At privatpersonen overfører deler av lønnen til staten gjennom inntektsskatt er en ren overføring mellom enkeltindividet og staten.¹³

Skatteeksempelet er et eksempel på når en overføring også er en utgift; privatpersonen betaler en monetær sum til staten. Hvis man imidlertid tar et «skjult» subsidie, for eksempel gjennom at en virksomhet får et redusert skattekrav, vil ikke subsidien være en utgift. Subsidien fører riktignok til en lavere utgift, men vil ikke bokføres i et regnskap som en egen utgiftspost.

Et eksempel fra utredningen som kan dekomponeres i en utgift, overføring og kostnad er studiestøtten til studenter. Studiestøtten er langt på vei en ren overføring fra staten til studenter og vil inngå som en utgift for Lånekassen. Kostnadene ved overføringen er tiden som Lånekassen brukes for å administrere overføringen, samt skattefinansieringskostnader knyttet til blant annet innkreving av skatt for å dekke stipendandelen av studiestøtten. I tillegg inneholder studiestøtten en «skjult» overføring i form av en utdanningssubsidie ved at renten på lån i Lånekassen sannsynligvis er lavere enn renten som ville oppstått i et privat marked for studielån.

Årsaken til at skillet mellom kostnader, overføringer og utgifter er sentralt fra et samfunnsøkonomisk perspektiv, er som forklart over at det ikke nødvendigvis er et én-til-én forhold mellom kostnader (ressursbruk), overføringer (utgifter og/eller manglende utgifter) og utgifter (betalinger). Når vi i det videre skal omtale de identifiserte kostnadsvirkningene, vil det være samfunnsøkonomiske kostnadsvirkninger – altså ressursbruken vi omtaler. Vi vil senere analysere hvordan utgiftene fordeler seg på aktørene, under analysen av budsjettmessige virkninger.

¹³ Vridningseffekten i arbeidstilbudet som oppstår som følge av at privatpersonen vet at man ilegges inntektsskatt gir opphav til skattefinansieringskostnader, nemlig at det normalt fører til et marginalt lavere arbeidstilbud ved en marginal økning i skatt.

4.2 Identifiserte virkninger

Tabell 4-1 nedenfor gir en oversikt over hvilke virkninger som er identifisert, både prissatte, og ikke-prissatte. Vi forklarer effektene mer i detalj i dette kapittelet.

Tabell 4-1: Identifiserte virkninger av utvidelse av medisinutdanningen.

Identifiserte virkninger	Vurdering i analysen
Investeringskostnader for utvidet kapasitet	
Infrastruktur	Prissatt
Brukerutstyr	Prissatt
Tomter	Ikke-prissatt
Driftskostnader ved utdanning av medisinstudenter	
Personal- og administrasjonskostnader	Prissatt
Forvaltning, drift og vedlikehold (FDV)	Prissatt
Vare- og tjenestekjøp	Prissatt
Offentlig tjenestetilbud til studenter i Norge	Ikke-prissatt
Kostnader ved opptak	Ikke-prissatt
Kostnader knyttet til overføringer av studiestøtte fra Lånekassen	
Kostnader ved basisstøtte	Prissatt
Kostnader ved skolepenger	Prissatt
Kostnader ved språk- og reisestøtte	Prissatt
Kostnader ved utsatte renter	Prissatt
Administrasjonskostnader i Lånekassen	Prissatt
Samfunnskostnader som ikke utgiftsføres	
Skattefinansieringskostnader	Prissatt
Levekostnad i studieland	Prissatt
Øvrige samfunnskostnader	
Forsinkelseskostnader	Ikke-prissatt/regneeksempel
Utdanningssubsidier	Ikke-prissatt/regneeksempel
Gvinster/kostnader i spesialist- og primærhelsetjenesten ved studentopphold	Kvalitativt vurdert

Investering i infrastruktur

Infrastruktur omfatter arealer og spesialbygg. Vi skiller mellom investeringskostnader i infrastruktur for universitetene og for primær- og spesialisthelsetjenesten.

Investering i brukerutstyr

Brukerutstyr omfatter IT-utstyr, interiør, spesialutstyr til laboratorier mv. For tiltakene er det lagt til grunn at brukerutstyr koster 15 % av byggets totale investering.

Investering i tomter

Vi har ikke beregnet tomtekostnader for de ulike alternativene. Det skyldes at vi ikke vet hvor utvidelsen skal skje, i hvilket omfang, det faktiske arealavtrykket (som avhenger av etasjer) og at markedspriser på tomter varierer betydelig over mindre geografiske områder i storbyer.

I følge Grimstad-utvalget har universitetene langt på vei de nødvendige tomtene for utvidelse med inntil 500 nye studieplasser, så tomteutgifter vil sannsynligvis ikke påvirke analysen av utgifter.

Personal- og administrasjonskostnader

Personal- og administrasjonskostnader er kostnader som er knyttet til lønning av ansatte, som i vår sammenheng bidrar til medisinstudentenes utdanning.

Vi ser på personal- og administrasjonskostnader for NTNU, UiB, UiO og UiT, samt spesialist- og primærhelsetjenesten. Dette er sentrale aktører som tilbyr medisinstudentene teoretisk og klinisk undervisning, og praksis.

Kostnadsartene som inngår i analysen varierer i noen grad mellom de ulike aktørene, men dette kommer tydelig frem under beskrivelsen av de aktuelle aktørene. Personal- og administrasjonskostnader er en vesentlig kostnad, som kan gi store utslag på kostnadsanalysen.

Det er besluttet at det skal stilles økte krav til studentveiledere. Det vil antagelig medføre at flere veiledere i spesialist- og primærhelsetjenesten må bruke noe tid på kursing, og universitetene vil få kostnader knyttet til å arrangere disse kursene. Det er på det nåværende tidspunkt ikke beregnet hvilket omfang slik kursing vil ha, og vi har derfor heller ikke beregnet kostnader knyttet til dette i noen alternativer. Sannsynligvis vil en slik kostnad uansett ikke i vesentlig grad endre resultatene.

Forvaltning, drift og vedlikehold

FDV-kostnadene (forvaltning, drift og utvikling) er verdibevarende vedlikehold innenfor en definert teknisk standard gjennom byggets totale levetid.¹⁴

Eksempler på FDV er utskiftning av materialer som slites ned, vedlikehold av ventilasjonsanlegg, elektrisitet, samt renhold og renovasjon.

Vare- og tjenestekjøp

Kostnadene knyttet til vare- og tjenestekjøp vil avhenge av hvilken aktør det er snakk om. For universitetene kan det for eksempel være administrasjon, drift og IT-kostnader. For spesialist- og primærhelsetjenesten kan det være engangsartikler som hansker, venefloner og sprøyter. I tillegg til engangsartiklene vil flere studenter føre til kostnader knyttet til ID-kort, IT-støtte, tøy og tøyvask.

Informasjonsgrunnlaget tilsier at kostnader knyttet til vare- og tjenestekjøp er marginale, og spiller en liten rolle i det totale kostnadsbildet. Siden det ikke foreligger et tilstrekkelig godt datagrunnlag for å beregne kostnadene, har vi valgt å holde vare- og tjenestekjøp utenfor kostnadsanalysen.

Offentlig tjenestetilbud til studenter i Norge

Studenter i Norge får tilgang til ulike goder og tjenester til redusert (subsidiert) pris. Dette kan for eksempel være studentboliger og rabattordninger for helsetjenester. Samfunnets ressursbruk er imidlertid den ikke-subsidierte ressursbruken.

Av samme årsak som for vare- og tjenestekjøp, begrenser vi oss til å omtale kostnaden kvalitativt, siden vi anser denne kostnaden som marginal og vanskelig tilgjengelig, samt av mindre betydning for kostnadsbildet til medisinstudiet.

Kostnader ved opptak

I alternativ 2 vil det opprettes et helt nytt studium, rettet mot utenlandsstudenter. Det vil måtte utvikles et regime for opptaksregler og dokumentasjon fra søkerne, og dette regimet må forvaltes over tid. Det vil antagelig være noe mer krevende å administrere et slikt regime enn å administrere opptak til dagens medisinstudium. Vi har likevel ikke data til å anslå omfanget av slike kostnader, men legger til grunn at kostnadene er begrensede, og i liten grad påvirker totalkostnaden ved tiltaket.

Kostnader ved basisstøtte

Basisstøtten fra Lånekassen er en utbetaling for å bidra til å dekke leve- og bokostnader for studenter under studieløpet. Støtten utbetales som et lån, hvor 40 prosent av lånet kan bli gjort om til stipend,

¹⁴ <https://snl.no/FDV>

dersom studenten ikke bor med foreldrene, samt har inntekt og formue under gjeldende grenser og består utdanningen. Det er kostnader knyttet til den statlige finansieringen gjennom skattefinansieringskostnader.

Kostnader ved skolepenger

Studenter som må betale skolepenger i utlandet kan få ekstra støtte fra Lånekassen, både som lån og stipend. Det er beløpet studenten skal betale til lærestedet i skolepenger som avgjør hvor mye studenten får i skolepengestøtte fra Lånekassen. Støtte til skolepenger skal gå til å dekke skolepenger og/eller andre obligatoriske avgifter som har sammenheng med undervisningen. Det er kostnader knyttet til den statlige finansieringen gjennom skattefinansieringskostnader.

Kostnader knyttet til språk- og reisestøtte

Studenter som studerer på et annet undervisningsspråk enn engelsk kan få stipend til et forberedende språkkurs. Vi har forutsatt at det er svært få studenter som studerer medisin på et annet språk enn engelsk og ser derfor bort i fra denne kostnaden. I den grad det er kostnader er det kostnader knyttet til den statlige finansieringen gjennom skattefinansieringskostnader.

Lånekassen gir også reisestøtte til dekning av utgifter for to tur-retur-reiser i året for dem som studerer utenfor Norden. Støtten blir gitt etter fastsatte satser basert på regionen lærestedet ligger i. Satsen for Europa er såpass liten at den har marginal påvirkning på det overordnede bildet.

Kostnader ved utsatte renter

Låneandelen av studiestøtten er rentefritt så lenge en er i fulltidsutdanning og mottar studiestøtte fra Lånekassen. Utsatte renter innebærer at det oppstår ekstrakostnader for staten knyttet til rulling av statsgjeld som finansierer studielån. Ved finansiering gjennom allmenn beskatning er det skattefinansieringskostnader.

Administrasjonskostnader i Lånekassen

Lånekassen har kostnader knyttet til saksbehandling av medisinstudenter. Dette er personal- og administrasjonskostnader.

Skattefinansieringskostnad

Skattefinansieringskostnaden er den marginale kostnaden knyttet til å innhente én ekstra krone i skatt. I henhold til Rundskriv R-109/14 og DFØs veileder i samfunnsøkonomiske analyser settes skattefinansieringskostnaden lik 20 prosent av netto offentlig finansieringsbehov (ekskl. mva.).

Levekostnad i studieland

Studentenes levekostnader vil avhenge av hvilket land de studerer i, og består av studentenes kostnader til bolig, mat, drikke og dagligvarer, i tillegg til andre kostnader som telefonbruk, klær og personlig pleie. Estimaten er basert på SIFOs referansebudsjett og prisjustert med OECDs indeks for levekostnader.

Forsinkelseskostnader

Det er spesielt to forhold som spiller inn i denne kostnaden. For det første er det en kostnad for samfunnet dersom studentene som uansett ønsker å bli leger ikke begynner rett på medisinstudiet etter videregående skole (eller eventuelt etter avtjent verneplikt). Kostnaden kan representeres ved konsum av annen utdanning før opptak til medisinstudiet, samt forsinket/tapt verdiskaping etter utdanning.

Det andre forholdet er tiden mellom endt medisinstudium til påbegynt LIS1. Med dagens situasjon er det færre LIS1-stillinger enn søkere, det resulterer i at nyutdannede medisinstudenter må ta andre jobber eller studere i mellomtiden. Også dette vil medføre et samfunnsøkonomisk tap, dersom verdiskapingen i venteperioden er lavere enn den ville ha vært som LIS. Vi drøfter denne kostnaden med et regneeksempel, men er ikke en del av hovedanalysen. Det skyldes at det er usikkert hvorvidt, og i hvilken retning, tiltaket påvirker forsinkelseskostnader.

Utdanningssubsidier

For å stimulere til økt utdanning har Staten gjennom Lånekassen satt renten på studiestøtten lavere enn markedsrenten for studielån.¹⁵ En kan tenke på differansen mellom de to rentene som en rentesubsidie/overføring til studentene. Vi har ikke definert dette som en kostnad, men en ren overføring, se begrunnelse i kapittel 5.4. Vi nevner det likevel her for helhetens del.

Gevinster/kostnader i spesialist- og primærhelsetjenesten ved studentopphold

Studenter som har praksis i helsetjenesten kunne tenkes å utgjøre en ressurs og bidra til avlastning av helsepersonell. Dette kan for eksempel tas ut i økt behandling eller mer tid til hver enkelt pasient. I motsatt tilfelle kan det tenkes at studentene utgjør en ekstra belastning og at helsetjenesten er nødt til å bruke ressurser på studentene som går på bekostning av den daglige driften.

Basert på intervju med Universitetssykehuset Nord-Norge og Grimstad-utvalget tyder erfaringer fra praksis på at medisinstudenter ikke eller i svært liten grad avlaster helsetjenesten når de er ute i praksis, utenom noen tilfeller når de går siste året som student. Vi har derfor ikke lagt til grunn vesentlige gevinster for helsetjenesten knyttet til praksis.

¹⁵ Siden studielån er beregnet på bakgrunn av boliglån, betyr det at studielån gis samme risikoprofil som et lån med 15 prosent egenkapital som er sikret i en bolig. Lån til utdanning har dermed en urealistisk lav risikoprofil.

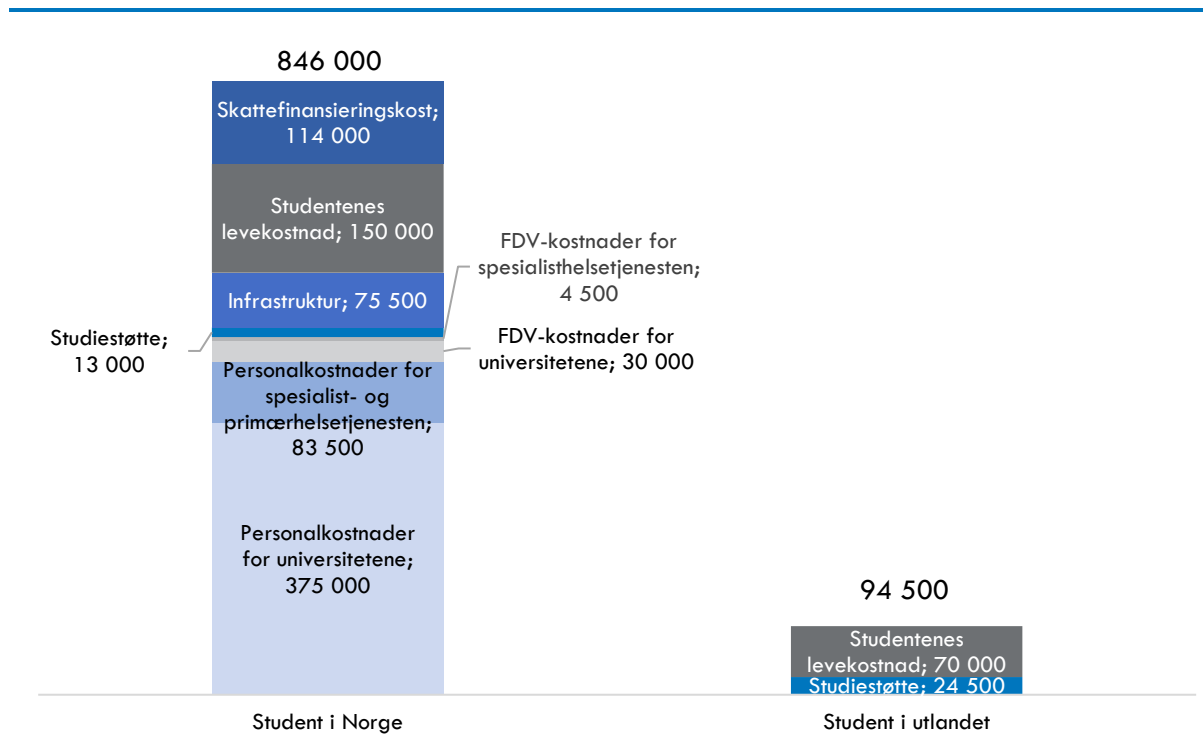
5. Kostnadsestimater

I dette kapittelet presenterer vi kostnadsestimater for de identifiserte virkningene. Vi har estimert hva det koster samfunnet å utdanne en medisinstudent i Norge, utdanne en medisinstudent i utlandet og hva det vil koste å utvide kapasiteten for medisinstudiet i Norge. Det koster samfunnet betydelig mer å utdanne en medisinstudent i Norge enn i utlandet. Den viktigste kostnadsdriveren er personal- og administrasjonskostnadene til universitetene og helsetjenesten.

I det videre er kostnadsestimatene kategorisert etter aktører. I rapporten er følgende aktører kartlagt:

- Universitetene
- Spesialist- og primærhelsetjenesten
- Lånekassen
- Medisinstudentene

Figur 5-1: Gjennomsnittlige kostnader for én medisinstudent per år (NOK)



Beregninger: Oslo Economics. Tallene gjelder for Norge gjelder for alternativ 1

5.1 Universitetene

Det totale kostnadsestimatet per student for universitetene er 475 000 kroner i året, med et intervall på 380 000-585 000 kroner. Den viktigste kostnadsdriveren for universitetene er personal- og administrasjonskostnadene. Se Tabell 5-1, som gir en oppsummering av kostnadene knyttet til medisinstudiet og en eventuell utvidelse av dette.

Tabell 5-1: Årlige kostnader per student for universitetene (NOK)

Kostnadsart	Kostnad	Intervall
Personal- og administrasjonskostnader	375 000	300 000-460 000
FDV-kostnader	30 000	20 000-45 000
Investering i infrastruktur ved utvidelse	70 000	60 000-80 000
Total	475 000	380 000-585 000

Beregninger: Oslo Economics

5.1.1 Personal- og administrasjonskostnader

Vårt basisanslag for universitetenes gjennomsnittlige personalkostnader og administrasjonskostnader er 375 000 kroner per medisinstudent per år.¹⁶

De totale personal- og administrasjonskostnadene for medisinstudiet blir dermed 1,4 milliard kroner per år. I denne beregningen legger vi til grunn at det var totalt 3 660 medisinstudenter ved de fire universitetene i 2018.¹⁷

Universitetenes kostnader i forbindelse med medisinstudenter er først og fremst knyttet til preklinisk og basalfaglig undervisning, hovedsakelig laboratoriekurs og øvelser, gruppeundervisning og kateterundervisning, samt klinisk undervisning. I tillegg kommer kostnader forbundet med stab- og støttefunksjoner.

Beregningen er basert på rapporten «Hva koster en student?» av Deloitte og NIFU (Reiling, et al., 2014). I analysen blir den gjennomsnittlige kostnaden per studiepoeng for en medisinstudent estimert til 9 800 kroner.¹⁸ Dette estimatet inkluderer lønns-, drifts- og administrasjonskostnader til de ansatte som bidrar til produksjonen av studiepoenget. I tillegg er tidsbruk på forskning og formidling, og i noen tilfeller museum inkludert.

Estimatet for et studiepoeng multipliseres med 60 studiepoeng for at det skal reflektere den årlige, gjennomsnittlige kostnaden for én medisinstudent og tallet blir da 590 000 kroner.

For å beregne ressursbruken for en student må vi gjøre visse antagelser om hvor mye av den samlede ressursbruken som brukes til undervisningsformål og til forskningsaktiviteter. Vi har lagt til grunn fordelingen i Tabell 5-2 for å justere kostnadsestimatet fra rapporten, hentet fra Reiling et. al (2014).

Tabell 5-2: Fordeling av kostnader til utdanning, FoU og formidling

Universitet	Stab og støtte	FoU og formidling	Utdanning	Annet ¹⁹
NTNU	27 %	24 %	37 %	10 %
UiB	27 %	29 %	36 %	8 %
UiO	29 %	30 %	32 %	9 %
UiT	31 %	25 %	37 %	7 %
Gjennomsnitt	29 %	27 %	35 %	9 %

Kilde: Hva koster en student? (Reiling, et al., 2014)

¹⁶ Estimater er justert for kostnader knyttet til FoU og formidling.

¹⁷ NSDs Database for statistikk om høgre utdanning.

¹⁸ Oppjustert til 2018-kroner.

¹⁹ Den tiden de vitenskapelig ansatte oppgir at de bruker på administrasjon og annet. Denne kategorien består i stor grad av aktiviteter som ikke direkte bidrar i produksjonen av forskning, formidling eller utdanning.

Når 27 prosent til FOU og formidling og 9 prosent til annet trekkes ut, fremkommer årskostnaden på 375 000 kroner.

Estimatet er beheftet med noen usikkerhetsfaktorer. Den største usikkerheten er knyttet til den faktiske ressursfordelingen mellom undervisning og forskning. Estimatet legger videre til grunn at alle studenter fullfører studiet på normert tid. I følge Grimstad-utvalget er dette en antagelse som ikke fullt ut gjenspeiler virkeligheten. I denne rapporten er det ikke tallfestet hvor mange studenter som ikke fullfører på normert tid, men det er rimelig å anta at det er en del studenter som trenger et semester eller flere for å fullføre studiet. Dersom gjennomsnittlig studieforløp er større enn normert studieløp, vil den gjennomsnittlige kostnaden for en student være høyere.

5.1.2 Investering i infrastruktur

Vårt anslag er at den totale investeringskostnaden for å utvide medisinstudiet vil komme på rundt 8,6 milliarder kroner for universitetene.

Anslaget er basert på referansetallene i Tabell 5-3. Anslagene viser hva det koster å utvide medisinstudiet med 3 000 studenter fordelt på seks kull, og er basert på de ulike referanseprosjektenes pris per kvadratmeter og der vi har lagt til grunn et arealbehov på 35 kvadratmeter per student. I tillegg er det lagt inn en kostnad for brukerutstyr på 15 prosent av investeringens totale kostnad.

For å beregne kvadratmeterpriser har vi brukt kostnadstall fra referanseprosjekter innen UH-sektoren. Estimatenes for investeringskostnaden i infrastruktur for universitetene er preget av stor usikkerhet og dermed relativt brede intervaller. Tabell 5-3 viser en oversikt over relevante bygninger som vi i analysen har tatt utgangspunkt i når vi har anslått hva det kan koste å bygge helt ny infrastruktur for å ta opp 3000 nye medisinstudenter. Byggene bærer preg av å være kostbare undervisningsbygg, med stort innslag av laboratorier og klinikker. Alle byggene er i bruk av det medisinske fakultet og/eller realfag ved universitetene.

Tabell 5-3: Oversikt over relevante referanseprosjekter fra UH-sektoren (alle tall oppjustert til 2018-kroner og avrundet)

UH-bygg	Ferdigstilt	Investering i MNOK	Kvm	Investering per kvm	Antall studenter	Kvm per student
UiO: Life Science	2024	6 800	66 700	102 000	1 600	40
UiS: Laboratoriebygg	2014	86,4	1 700	51 000	50 ²⁰	35
UiB: Odontologibygg	2012	991,1	15 000	66 100	286	53
UiT: MH2	2018	1 396	21 000	65 000	924	23
Vårt estimat	2027	7 500	105 000	71 000	3 000	35

Kilde: Statsbygg

Referanseprosjektene i Tabell 5-3 gir kun en indikasjon på kostnaden for kapasitetsutvidelsen. Dersom det iverksettes et byggeprosjekt, kan prosjekteier i stor grad påvirke kostnadsbildet. Størrelsesorden på usikkerheten kan synliggjøres ved å vise hva kostnaden ville blitt hvis vi hadde oppskalert det billigste og det dyreste referansebygget (i kostnad per student), det vil si MH2 og Life Science. Et tilsvarende bygg som MH2 ville koste 4,5 milliarder kroner, et tilsvarende bygg som Life Science ville koste 12,2 milliarder kroner, mens vårt estimat basert på de fire byggene samlet gir en kostnad på 7,5 milliarder. I tillegg kommer brukerutstyr, som vi har beregnet til 15 prosent av byggekostnad.

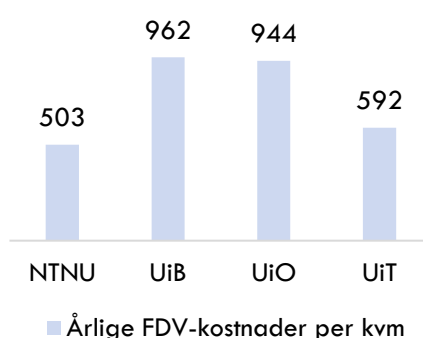
²⁰ Det er ikke oppgitt hvor mange studenter som bruker bygget. Det er forutsatt 50 studenter.

5.1.3 FDV-kostnader

Beregningen av kostnader til forvaltning, drift og vedlikehold (FDV) av universitetenes bygningsmasse viser en kostnad per student på 35 000 kroner per år. Vi legger til grunn at arealbehovet per student er 35 kvm og at årlig FDV-kostnad (inkluderer FDV-kostnad hos både leietager og huseier) er 1 000 kroner per kvadratmeter. FDV er verdibevarende vedlikehold innenfor en definert teknisk standard gjennom byggets totale levetid.²¹

Beregningsgrunnlaget er hentet fra rapporten fra Deloitte og NIFU (2014), som gir anslag på universitetenes FDV-kostnader og kvadratmeter. Vi ser at det er relativt store forskjeller mellom universitetene, der UiB og UiO har høyest kostnader, se Figur 5-2.

Figur 5-2: Universitetenes årlige FDV-kostnader (i kroner) for dagens infrastruktur.



Kilde: Hva koster en student? (Reiling, et al., 2014)

De fire universitetene, utenom UiT, forvalter store andeler av arealene selv, se Tabell 5-4. Det er likevel slik at alle lærestedene har en andel arealer som er leid, og huseiers FDV-kostnader for disse leide lokalene inngår ikke i de oppgitte FDV-kostnadene per kvadratmeter.

Tabell 5-4: Universitetenes eierforhold av areal

Universitet	Selveid areal	Leid areal
NTNU	87 %	13 %
UiB	81 %	19 %
UiO	81 %	19 %
UiT	68 %	32 %

Kilde: Hva koster en student? (Reiling, et al., 2014)

For å finne den totale FDV-kostnad per kvadratmeter, må vi derfor justere tallene i Deloitte og NIFUs rapport noe opp. Vi har dermed estimert en årlig FDV-kostnad på 1 000 kroner per kvadratmeter.

5.2 Spesialisthelsetjenesten

Det totale kostnadsestimatet per student for spesialisthelsetjenesten er omlag 70 000 kroner i året, med et intervall mellom 49 000 og 111 000 kroner. Tabell 5-5 gir en oppsummering av kostnadene knyttet til medisinstudiet og en eventuell utvidelse av dette. Den viktigste kostnadsdriveren for spesialisthelsetjenesten er personal- og administrasjonskostnader.

²¹ Eksempler på FDV er utskifting av materialer som slites ned, vedlikehold av ventilasjonsanlegg, elektrisitet, samt renhold og renovasjon.

Tabell 5-5: Årlige kostnader per student for spesialisthelsetjenesten (6 års studium)

Kostnadsart	Kostnad	Intervall
Personal- og administrasjonskostnader	60 500	40 000-100 000
FDV-kostnader	4 500	4 000-5 000
Investering i infrastruktur	5 600	5 000-6 200
Total	70 600	49 000-111 200

Beregninger: Oslo Economics

For å beregne kostnaden for spesialisthelsetjenesten ved en utvidelse, må vi legge til grunn et antall studenter som gjennomgår undervisning i spesialisthelsetjenesten til enhver tid. I dagens situasjon er det betydelig variasjon i antall uker studentene oppholder seg i spesialisthelsetjenesten, men vi har lagt til grunn det nivået av praksis og klinisk undervisning som forventes noen år frem i tid, i henhold til nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS). Dermed har vi forutsatt at studentene i gjennomsnitt har 31 uker praksis og klinisk undervisning i spesialisthelsetjenesten gjennom medisinstudiet. Dette utgjør i alternativ 1 31/240, det vil si om lag 13 %, av det totale medisinstudiet. Dersom studentene fordeles optimalt, slik at det til enhver tid er akkurat det samme antall studenter i spesialisthelsetjenesten, medfører det 388 samtidige studenter ved en økt kapasitet på 3 000 studenter. I alternativ 2 har vi forutsatt at 31 uker praksis fordeles på de tre studieårene, slik at studentene er i spesialisthelsetjenesten 31/120 av tiden, som er om lag 26 %, av tiden gjennom studiet. Med 1 500 samtidige studenter i alternativ 2, betyr det at spesialisthelsetjenesten også i dette alternativet må dimensjonere for 388 studenter.

5.2.1 Personal- og administrasjonskostnader

Sykehusets personalkostnader er knyttet til den kliniske undervisningen og praksisen i helseforetakene, og involverer både medisinsk og ikke-medisinsk personale. Når studentene er i praksis, forventes det at veileder er sykehusansatt, mens i klinisk undervisning er lærer oftest ansatt ved universitetet. Vi har i våre beregninger lagt til grunn at undervisningspersonalet ved klinisk undervisning i spesialisthelsetjenesten i 25 prosent av tilfellene er ansatt i spesialisthelsetjenesten, og beregnet kostnad for dette. I resterende 75 prosent av tilfellene vil kostnaden være dekket av universitetets personalkostnader, vist over. Det knytter seg usikkerhet til anslaget på 75 prosent, fordi dette kan variere mellom de ulike utdanningsinstitusjonene.

Vår beregning er at det koster spesialisttjenesten omlag 60 000 kroner per student per år for praksis og klinisk undervisning ved seks års studium. Dersom praksisen og den kliniske undervisningen skal gjennomføres på tre år, blir den årlige kostnaden per student 120 000 kroner.

Estimatet er basert på beregninger som ble gjort i forbindelse med studentutvidelsen i 1998 (Hesthamar, et al., 1998). Da ble det gjort en nøyere beregning av undervisningssykehusenes personalkostnader knyttet til medisinstudenter, som la grunnlaget for funksjonstilskuddet for hver student i det kliniske studiet.²² Personalkostnadene inkluderer da både undervisningsstillinger og basisbemanning som er nødvendig for å ivareta behovet som følger med undervisningen.

5.2.2 Investering i infrastruktur

Investeringene i infrastruktur gjenspeiler hva det vil koste å utvide kapasiteten for å ta imot flere medisinstudenter. Det er behov for arealer spesielt til undervisning, men behovet vil i noen grad være avhengig av undervisningsopplegget. I tillegg kommer for eksempel undersøkelsesrom (fordi undersøkelser sammen med studenter tar lengre tid) og kontorplasser til ansatte. En medisinstudent medfører et økt arealbehov for spesialisthelsetjenesten og dermed økte FDV-kostnader.

²² Funksjonstilskuddet er nå en del av basisbevilgningen/-rammen til foretakene. En økning i studenttall vil ikke automatisk gi en økning av rammen til foretakene.

Vårt estimat er at det totale investeringsbehovet ved en utvidelse på 3 000 studenter er 678 millioner kroner.

Anslaget er beregnet på kartleggingen av kostnadene forbundet med undervisning ved kliniske sykehusavdelinger (Hesthamar, et al., 1998). I rapporten er det lagt til grunn at investeringen i infrastruktur er det ekstra arealet som er nødvendig for at en student skal ha klinisk undervisning ved sykehuset. Arealbehovet er estimert til 35 kvm per student (da inngår arealer til studenter, men også arealet som er nødvendig for det økte antallet ansatte i helseforetaket), og kvadratmeterprisen er estimert til 50 000 kroner, justert for inflasjon.

Med 388 samtidige studenter, blir investeringsbehovet i spesialisthelsetjenesten 678 millioner kroner. Dette er gitt en optimal fordeling av studenter over tid. Det vil antagelig være slik at spesialisthelsetjenesten må dimensjonere for et noe høyere antall studenter enn i dette optimale tilfellet, men vi har likevel lagt dette tallet til grunn, siden vi ikke har mer presise data om antall samtidige studenter i spesialisthelsetjenesten.

Et samlet investeringsbehov på 678 millioner kroner som følge av en studentutvidelse med 3 000 studenter, tilsier en årskostnad per student på 5 600 kroner, når vi legger til grunn at bygget har en levetid på 40 år.

5.2.3 FDV-kostnader

Anslaget vårt for årlige FDV-kostnader per student er omlag 4 500 kroner. Estimater er basert på beregninger fra studentutvidelsen i 1998 (Hesthamar, et al., 1998). Vi har lagt til grunn at FDV-kostnader i sykehusanlegg beløper seg anslagsvis til 1 000 kroner per kvadratmeter i året og at arealbehovet for en student er rundt 35 kvadratmeter.

5.3 Primærhelsetjenesten

Det totale kostnadsestimatet per student for primærhelsetjenesten er 23 000 kroner i året, med et intervall på 15 000-30 000 kroner. Tabell 5-6 gir en oppsummering av kostnadene knyttet til den delen av medisinstudiet som skjer i primærhelsetjenesten. Som det fremgår har vi her ikke data som gjør det mulig å dele opp kostnaden i personalkostnad, arealkostnader og annet. Siden kostnaden som påløper i primærhelsetjenesten uansett er en svært begrenset del av totalkostnaden ved medisinstudiet, anser vi dette for et tilstrekkelig detaljnivå.

På bakgrunn av tilbakemeldinger fra primærhelsetjenesten til Grimstad-utvalget forutsetter vi at det er mulig å utvide kapasiteten uten at det inntreffer særskilte engangskostnader, det vil si at kostnaden per student videreføres på dagens nivå.

Tabell 5-6: Årlige kostnader per student for primærhelsetjenesten

Kostnadsart	Kostnad	Intervall
Personal, administrasjon, reise, losji, lokaler	23 000	15 000-30 000
Total	23 000	15 000-30 000

Beregninger: Oslo Economics

5.3.1 Personal- og administrasjonskostnader mm.

Det er universitetene selv som må dekke utgiftene til praksis og klinisk undervisning i primærhelsetjenesten. Kostnadene som må dekkes er personalkostnader til legeressursene som blant annet gir studentene klinisk undervisning og praktisk erfaring med pasientmøter.

Vårt estimat er at kostnaden i gjennomsnitt er rundt 2 500 kroner per student per dag. Estimater på 2 500 kroner inkluderer også kostnader for reise, kost og losji for studentene under praksisoppholdet. Dette er kostnader som universitetene er pålagt å dekke for studentene. Dette gir en årlig gjennomsnittlig årskostnad på 23 000 kroner per student, der vi har lagt til grunn at studenter er i

primærhelsetjenesten om lag 55 dager i løpet av studietiden. Dette fordeler seg på 10 uker praksis og 1 uke klinisk undervisning.

I dagens situasjon er de fleste studentene antagelig betydelig mindre enn 11 uker i primærhelsetjenesten, men vi har lagt til grunn det nivået av praksis og klinisk undervisning som forventes noen år frem i tid, i henhold til nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS).

5.4 Lånekassen

Tabell 5-7 gir en oppsummering av kostnadene knyttet til basisstøtte og støtte til skolepenger til medisinstudentene. Kostnadene reflekterer skattefinansieringskostnaden til stipend og lån, mens overføringer viser beløpet som studentene mottar. Dette blir ytterligere redegjort i det følgende.

Tabell 5-7: Årlige overføringer og kostnader per student (NOK)

Kostnadsart	Kostnad	Overføring
Basisstøtte Norge	13 085	108 250
Basisstøtte utland	14 067	116 369
Skolepenger utland	10 425	71 000

Beregninger: Oslo Economics

5.4.1 Studiestøtte

Som medisinstudent har du rett på lån og stipend fra Lånekassen. Studenter som studerer medisin i Norge har rett på basisstøtte, mens studenter som studerer i utlandet i tillegg har rett på skolepenger og språkstipend.

I analysen er det viktig å skille mellom stipend og lån, og hva som er en overføring og hva som er en samfunnsøkonomisk kostnad. Fra et samfunnsøkonomisk perspektiv er nemlig store deler av studiestøtten en overføring fra skattebetalerne til studenter, og utgjør ikke en samfunnsøkonomisk kostnad. Vi har definert kostnaden ved studiestøtten inn i tre overordnede kategorier:

- Skattefinansieringskostnaden av stipendandelen som finansieres gjennom allmenn beskatning.
- Skattefinansieringskostnaden av utsatte renter i løpet av studieforløpet som må dekkes gjennom allmenn beskatning.
- Administrasjonskostnadene til Lånekassen tilknyttet studiestøtten med tilhørende skattefinansieringskostnader.

Vi har modellert låneandelen av studiefinansieringen som følger: studiestøtten finansieres gjennom opptak av statsgjeld. Differansen mellom statens innlånskostnader og statens utlånskostnader vil over lånets løpetid dekke statens risikojusterte lån til studentene. Utstedelse av studielånsandelen er ikke en samfunnsøkonomisk kostnad, men en overføring mellom tidsperioder, der staten opererer som en profittnøytral aktør.

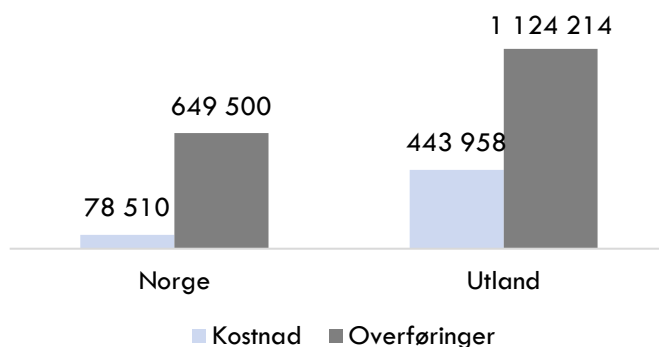
I vår modell er det kostnader knyttet til utsatte renter i løpet av selve studietiden. Det skyldes at studenter ikke betaler renter på studielånet før de fullfører studiet. Hvis vi antar at et studielån finansieres ved å utstede et statspapir med tilsvarende løpetid, vil staten betale en årlig kupong på statsgjelden frem til studenten begynner på sin nedbetalingsplan – typisk 6-8 år. De utsatte rentene må betales til eierne av statsgjelden og finansieres gjennom allmenn beskatning. Kostnaden for låneandelen er derfor skattefinansieringskostnaden på statsgjeldskupongen.

Den totale overføringen/studiesubsidien til studentene er derimot vesentlig større. Det skyldes at markedsrenten for studielån er høyere enn Lånekassens utlånsrenter. Differansen mellom markedets utlånsrente til studier og Lånekassens utlånsrente er en «usynlig» subsidie. I prinsippet vil en subsidie i et

velfungerende, kompetitivt marked gi et effektivitetstap på lik linje med skatt. Forskjellen er at en skatt reduserer verdiskapende produksjon, mens subsidier gir en overproduksjon. Vi har derimot ikke definert dette som en kostnad i vår analyse. Det skyldes at utdanning kan ha vesentlige positive eksternaliteter, slik at subsidiet kan være samfunnsøkonomisk lønnsomt. Vi har videre ikke dekning for å påstå at det er en overproduksjon av utdanning i Norge.

Vårt samlede anslag på overføringene tilknyttet studiestøtte og kostnadene ved studiestøtte kan ses av Figur 5-3 under:

Figur 5-3: Samlede overføringer til medisinstudentene over seks år (NOK).



Beregninger: Oslo Economics

De mørkegrå søylene viser de totale overføringene til medisinstudentene, og de lyseblå søylene viser den samfunnsøkonomiske kostnaden av overføringene. Som Figur 5-3 viser er kostnadene for samfunnet vesentlig lavere enn selve overføringen. Kostnadene for en student er skattefinansieringskostnadene av stipendandelen og de utsatte rentene på låneandelen. De samme kostnadene påløper for en student i utlandet, i tillegg til skattefinansieringen av stipendandelen som betales som skolepenger til utenlandske institusjoner.

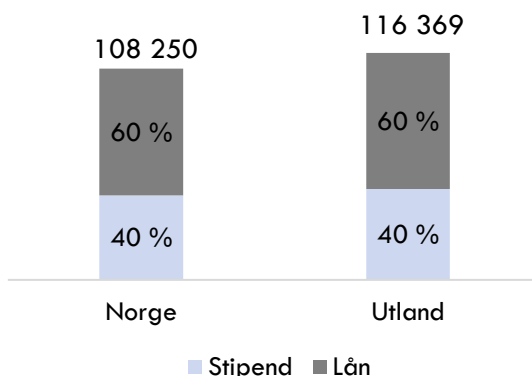
I det videre går vi gjennom hver komponent i studiestøtten og våre estimer.

5.4.2 Basisstøtte

Medisinstudenter som studerer i Norge kan motta inntil 108 250 kroner i 2018/2019. Av dette kan 40 prosent bli omgjort til stipend. Dermed får studentene 43 300 kroner som de ikke må tilbakebetale, og resterende 64 950 kroner blir gitt som lån.

Medisinstudenter som studerer i utlandet kan motta inntil 116 369 kroner i 2018/2019, og har samme stipendandel. Av den totale basisstøtten kan 46 548 kroner bli gjort om til stipend og de resterende 69 821 kronene må tilbakebetales som lån.

Figur 5-4: Årlig basisstøtte til medisinstudenter (NOK)

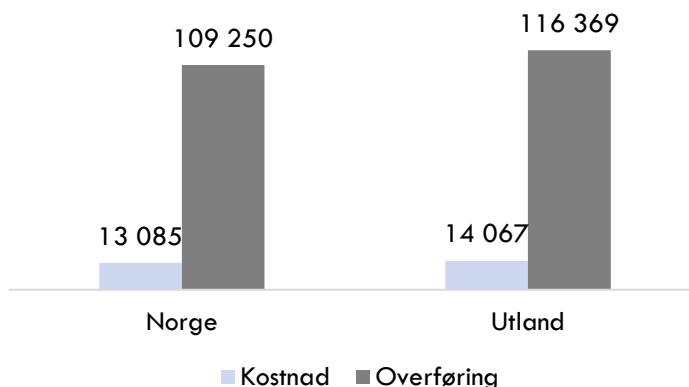


Kilde: Lånekassen

Kostnaden ved basisstøtte

Den reelle kostnaden av basisstøtten er skattefinansieringskostnaden av stipendandelen og de utsatte rentene for låneandelen. Den mørkegrå søylen i Figur 5-5 viser den totale basisstøtten som studentene mottar, og den lyseblå søylen viser den reelle kostnaden ved overføringen.

Figur 5-5: Kostnader ved basisstøtte (NOK)

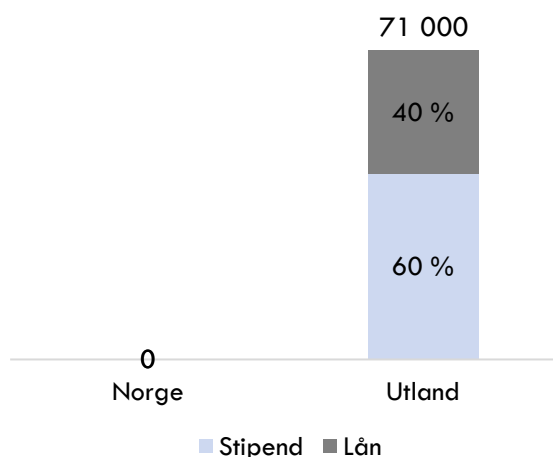


Kilde: Lånekassen

5.4.3 Skolepenger

Fra Lånekassen har vi mottatt en oversikt over skolepengestøtte som ble tildelt studenter i land med flest norske studenter. Det ble i gjennomsnitt tildelt 71 000 kr per student per år. Av dette er i gjennomsnitt 60 prosent stipend og 40 prosent lån. Det blir henholdsvis 42 500 kr i stipend og 28 300 kr i lån for å betale skolepenger.

Figur 5-6: Årlig støtte til skolepenger (NOK)



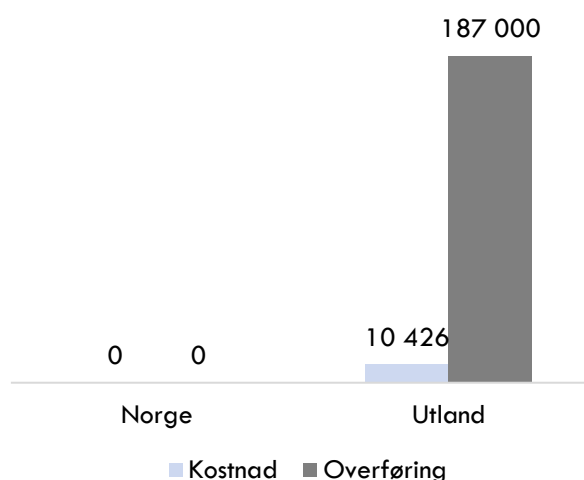
Kilde: Lånekassen

For lange profesjonsutdanninger i utlandet, som for eksempel medisinstudiet, som ikke er delt i bachelor- og mastergrad, gir Lånekassen skolepengene etter reglene for bachelorstudenter i de tre første årene av studiet. Det vil si at de kan få omgjort 50 prosent av skolepengene til stipend. Fra og med fjerde år i studiet, blir støtten gitt etter reglene for mastergrad som betyr at stipendandelen som kan oppnås øker til 70 prosent. Vi legger til grunn at medisinstudentene i utlandet studerer i seks år (normert studietid), og basert på det beregner vi et gjennomsnitt for stipendandelen som blir 60 prosent.

Kostnaden ved skolepenger

Den samfunnsøkonomiske kostnaden av skolepengene er skattefinansieringskostnaden av stipendandelen og de utsatte rentene for låneandelen. I Figur 5-7 viser den mørke søylen den totale overføringen for skolepenger, mens det lyseblå feltet viser kostnadene ved skolepengene.

Figur 5-7: Kostnader ved skolepenger (NOK)



Personal- og administrasjonskostnader

Ifølge Lånekassen er det høyere kostnader knyttet til saksbehandling av en medisinstudent i utlandet. Totalt er det beregnet et tillegg på 90 minutter gjennom hele studieforløpet til en medisinstudent i utlandet i forhold til en medisinstudent i Norge.

Søknader om stipend og lån fra studenter ved norske læresteder behandles i stor grad maskinelt fordi Lånekassen har tilgang på data som gjør at de har maskinelle rutiner for å sjekke opptak ved læresteder, eksamensresultater mv. Slik type datafangst har Lånekassen ikke fra læresteder i utlandet noe som medfører mer manuell saksbehandling av utlandsstudenter. Gjennomsnittlig tidsbruk for en manuell søknad fra en medisinstudent i Norge er estimert til 15 minutter (De som behandles automatisk av saksbehandlingssystemet er ikke inkludert).

For en medisinstudent i utlandet kommer det en del tilleggsaktiviteter som ikke er aktuell for studenter ved norske læresteder. Det gjelder:

- Førstegangsbehandling: sjekk av opptak ved lærested i utlandet (skjer automatisk i Norge).
- Behandling av årlig kontroll: studenter i utlandet må sende inn bekreftelse fra lærestedet årlig som viser faglig progresjon og betalte skolepenger.
- Registrering av eksamensdata: studenter i utlandet må sende inn dokumentasjon på bestått eksamener selv, og dette må registreres i saksbehandlingssystemet (skjer automatisk i Norge).

Våre beregninger tilsier at det koster Lånekassen om lag 80 kroner ekstra per utenlandsstudent per år.

5.5 Levekostnader.

Tabell 5-8 viser våre beregninger for hvilke kostnader for livsopphold en medisinstudent vil ha i måneden i Norge, Øst-Europa, Vest-Europa og Nord-Europa (ekskl. Norge). Basert på hvordan de norske medisinstudentene i utlandet fordeler seg på de ulike regionene, finner vi deretter forskjell i årlig levekostnad mellom en student i Norge og en norsk student i utlandet.

Tabell 5-8: Levekostnader per måned i Norge og andre deler av Europa (NOK)

Kostnad	Norge	Øst-Europa	Nord-Europa	Vest-Europa
Leie av bolig	5 000	2 000	3 750	3 950
Strøm	500	200	370	390
Mat, drikke og dagligvarer	2 900	1 200	2 200	2 300
Klær og sko	730	300	550	580
Telefon og mediebruk	1 000	400	750	790
Personlig pleie	580	230	430	460
Transport	740	300	550	590
Diverse	1 000	400	750	790
Sum alle utgifter	12 450	5 030	9 350	9 850

Beregninger: Oslo Economics, tallene er avrundet.

Beregningene er basert på Eurostats indeks for levekostnader, som viser at det er store forskjeller mellom levekostnaden i ulike europeiske land, og SIFOs referansebudsjett for personer mellom 18-19 og 20-50. Som vi ser av Tabell 5-9, vil studenter i Norge ha en relativt høyere levekostnad, mens levekostnaden vil være betydelig lavere i spesielt øst- og sentraleuropeiske land.

Tabell 5-9: Indeks for levekostnader

Område	Prisindeks
Norge	100
Øst-Europa	40
Nord-Europa ²³	75
Vest-Europa	79
Gjennomsnitt (ekskl. Norge)	65

Kilde: (Eurostat, 2018)

Ettersom det variasjon i levekostnadsnivået innad i områdene er det inkludert en oversikt over de mest populære studiestedene. De siste fem årene er det Polen, Ungarn, Slovakia og Danmark som har hatt flest medisinstudenter fra Norge. Tabell 5-10 viser at det er noe variasjon mellom de øst-europeiske landene Polen, Ungarn og Slovakia, men at den samlede indeksen for Øst-Europa på 40 gir en relativt riktig indikasjon på levekostnadsnivået. Danmark skiller seg relativt mer ut fra området Nord-Europa. Dette forklares med at landene Estland, Latvia og Litauen er inkludert i Nord-Europa, og disse landene trekker gjennomsnittet ned.

Tabell 5-10: Indeks for levekostnader, utvalgte land

Land	Prisindeks
Norge	100
Polen	38
Ungarn	42
Slovakia	47
Danmark	93

Kilde: (Eurostat, 2018)

Vi har vektet levekostnaden i de ulike regionene med andelen av norske medisinstudenter i utlandet som studerer i de gjeldende regionene. Da fremkommer en gjennomsnittlig levekostnadsindeks på 48 for de norske utenlandsstudentene. Dette tallet benyttes da til å beregne at levekostnaden per måned for utenlandsstudentene i snitt er 6 000 kroner, mens levekostnaden i Norge er 12 500 kroner. Omregnet til helår blir beløpene rundt 70 000 og 150 000 kroner per student.

5.6 Skattefinansieringskostnader

For alle kostnader som bæres av staten gjennom statsbudsjettet, skal det ifølge rammeverket for samfunnsøkonomiske analyser beregnes en skattefinansieringskostnad på 20 prosent. Vi har beregnet denne kostnaden på alle kostnader som treffer universiteter og spesialisthelsetjenesten, hvilket også inkluderer kostnadene i primærhelsetjenesten, siden disse finansieres av universitetene. Lånekassens kostnader er allerede representert som skattefinansieringskostnader (siden selve stønaden er å regne som overføring, ikke kostnad), så her regnes ikke skattefinansieringskostnad en gang til. Levekostnadene for studentene er en kostnad som ikke finansieres over statlige budsjetter, så her regnes heller ikke skattefinansieringskostnad.

²³ Estland, Latvia og Litauen er inkludert i denne gruppen, men har et prisnivå som er omtrent halvparten av de resterende nord-europeiske landene. Resultatet er at de trekker snittet betydelig ned.

6. Resultater kostnadsanalyse

Vi har gjennomført en kostnadsanalyse for å analysere de prissatte virkningene som følger av at de ulike alternativene realiseres. Med kostnader menes her samfunnsøkonomiske kostnader, ikke budsjettmessige virkninger. Som følge av usikre forutsetninger og datamateriale gjennomfører vi en rekke følsomhetsanalyser for å vurdere hvor robust resultatet av analysen er.

6.1 Forutsetninger for analysen av de prissatte virkningene

Sentrale forutsetninger som ligger til grunn for analysen av de prissatte virkningene er oppsummert i Figur 6-1.

Tabell 6-1: Forutsetninger i analysen av prissatte virkninger

Forutsetning	Parametere
Analysetidspunkt	2019
Analyseperiode	2025-2067
Kalkulasjonsrente	4 %
Prisnivå	2018
Realprisjustering*	0,8 %
Skattefinansieringskostnad	20 %
Lånekasserenten	2,3 %

* Finansdepartementets perspektivmelding fra 2017: vekst i BNP per innbygger.

Priser og prisutvikling

Alle prissatte nytte- og kostnadsvirkninger oppgis i 2018-kroner ekskl. mva. Som hovedregel holdes alle priser reelt uendret gjennom analyseperioden i kostnadsvirkningsanalysen. Verdien av tid i arbeid forventes å ha en sterkere utvikling enn den generelle prisstigningen, og skal ifølge Finansdepartementets rundskriv R-109/14 prisjusteres med forventet vekst i BNP per innbygger.

Kalkulasjonsrente

For å kunne sammenligne prissatte kostnader som oppstår på ulike tidspunkt i analyseperioden benyttes en diskonteringsrente. Dette muliggjør at verdien av fremtidige kostnader omregnes til verdien i et gitt år, som her er 2018. For alle kostnadselementer som påløper i analyseperioden benyttes en kalkulasjonsrente på 4 prosent, i tråd med Finansdepartementets rundskriv R-109.

Analyseperiode

Analyseperioden for Alternativ 1 og 2 er satt til å begynne i 2025 og vare frem til og med 40 år etter at investeringene gjennomføres. Investeringene antas å være ferdigstilt tre år etter start, altså ved utgangen av år 2027. Analyseperioden løper derfor til og med 2067. Det kan tenkes at det er mulig å realisere tiltaket noe tidligere, ved en snarlig beslutning og rask tidligfasegjennomføring for byggeprosjektet.

Studentene fases gradvis inn (over seks år i alternativ 1 og tre år i alternativ 2) ved ferdigstilt byggeprosjekt.

Selv om analyseperioden begynner i 2025, er 2019 benyttet som henføringsår, det vil si at alle nåverdier er beregnet tilbake til 2019.

Realprisjustering av personalkostnadene

Personalkostnadene realprisjusteres med forventet vekst i BNP per innbygger på 0,8 prosent årlig, i tråd med Finansdepartementets rundskriv R-109/14 og Perspektivmeldingen for 2017 (Finansdepartementet, 2017). Forventet vekst i BNP per innbygger ble nedjustert fra 1,3 prosent til 0,8 prosent i Perspektivmeldingen 2017.

Lånekasserenten²⁴

Utgangspunktet for beregning av renter på lån i Lånekassen er basisrenten inkludert et fastsatt fratrekk fra basisrenten.

Basisrenten blir fastsatt på grunnlag av et gjennomsnitt av de fem beste tilbudene om boliglån (effektiv rente) i markedet (hentet fra Finansportalen). Fra basisrenten blir det trukket 0,15 prosentpoeng. Dette beregningsgrunnlaget gjelder både flytende og fast rente i Lånekassen og fastsettes seks ganger i året.

6.2 Resultater av prissatte effekter

Resultatet fra analysen av de prissatte kostnadene er vist som henholdsvis alternativenes totale netto nåverdi, se Figur 6-1, og netto nåverdi som differanse fra Nullalternativet, se Figur 6-2.

Fra Figur 6-1 fremkommer det at Alternativ 1 og 2 øker kostnadene knyttet til medisinstudiet i Norge. Alternativ 1 er det dyreste alternativet, mens kostnadsøkningen for Alternativ 2 er lavere. For både Alternativ 1 og 2 er det universitetene som får den største kostnadsøkningen, etterfulgt av spesialisthelsetjenesten. Samfunnsøkonomiske kostnader viser skattefinansieringen og studentenes levekostnader.

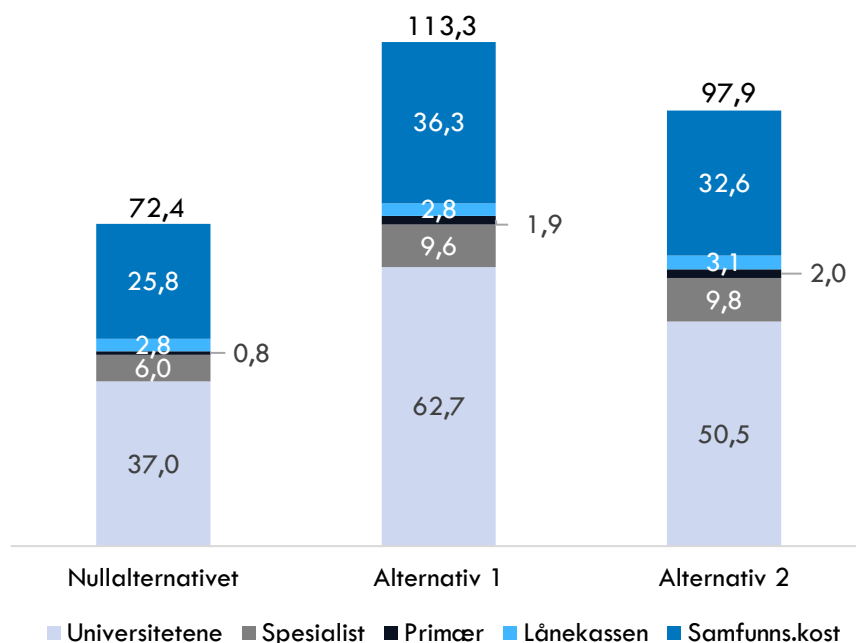
Nullalternativet illustrerer kostnadene for medisinstudiet dersom ingen tiltak blir gjennomført. Nåverdikostnad per studentår for Nullalternativet er 494 000 kroner. Her har vi lagt til grunn at antall studenter de neste 40 årene er det samme som dagens nivå på 3 660 studenter. Dette tilsvarer 146 400 studentår.

Nåverdikostnad per studentår for Alternativ 1 er 425 000 kroner. I dette alternativet utvides kapasiteten med 3 000 fulltidsstudenter. I løpet av 40 år tilsvarer dette 266 400 studentårsverk.

Nåverdikostnad per studentårsverk for Alternativ 2 er 474 000 kroner. I dette alternativet utvides kapasiteten med 1 500 studenter for 3-årig klinisk medisin. I løpet av 40 år tilsvarer dette 206 400 studentårsverk.

²⁴ <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2015-2016/inns-201516-002/6/5/>

Figur 6-1: Netto prissatt kostnad (Milliard NOK, nåverdi)



Beregninger: Oslo Economics

Figur 6-2 viser netto nåverdi som differanse fra Nullalternativet, det vil i dette tilfellet si hvor mye hvert alternativ koster.

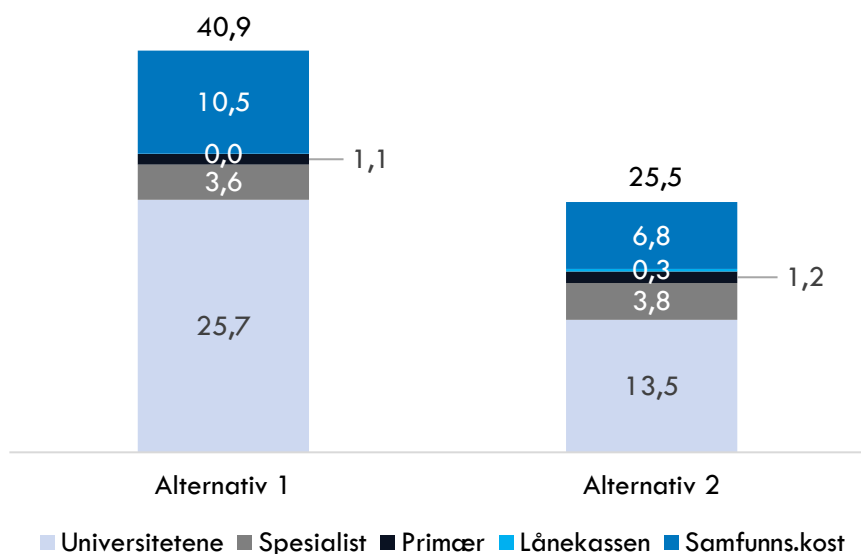
Utvidelsen på 500 medisinstudentplasser, enten om det er fulltidsstudenter eller 3-årig klinisk utdanning, vil resultere i 20 000 helt eller delvis nye norskutdannede leger i analyseperioden.

Alternativ 1 viser at å utvide med 500 fulltidsplasser gir en økt nåverdikostnad på 40,9 milliarder kroner. Dette tilsvarer en økning på rundt 55 prosent fra Nullalternativet. Dette er hva det koster å gi 20 000 nye leger hele utdanningen ved norske universiteter. Kostnaden per nye (fullt ut) norskutdannede lege blir i dette alternativet i overkant av 2,0 millioner kroner.

Alternativ 2 viser at det er noe lavere kostnader knyttet til å utvide med 500 studieplasser for 3-årig klinisk undervisning. Det vil gi en økt nåverdikostnad på 28,1 milliarder kroner. Dette tilsvarer en økning på om lag 35 prosent fra Nullalternativet. Dette er hva det koster å gi 20 000 nye leger en klinisk påbyggings-utdanning ved norske universiteter. Kostnaden per nye (delvis) norskutdannede lege, blir i alternativ 2 knapt 1,3 millioner kroner. Kostnaden for Alternativ 2 er lavere ettersom medisinstudentene tar halvparten av utdannelsen i utlandet, og fordi kapasitetsbehovet på universitet er vesentlig lavere.

I begge de to alternativene vil det fortsatt være et betydelig volum av norske medisinstudenter i utlandet (forutsatt til 50 prosent av dagens nivå). Det betyr at kostnaden ikke bare dekker det å flytte utenlandsstudenter til Norge, men også et samlet økt volum av utdannede norske medisinerere.

Figur 6-2: Differanse fra Nullalternativet (Milliard NOK, nåverdi)



Beregninger: Oslo Economics

6.3 Usikkerhet i kostnadsberegningene

Det knytter seg stor usikkerhet til resultatene av våre beregninger. Innenfor rammen av prosjektet har det i liten grad vært rom for å innhente nye primærdata, og eksisterende data bærer preg av å være ufullstendige og preget av betydelig usikkerhet. Dette gjelder både for personal- og investeringskostnader, som begge er betydelige kostnadsdrivere. Det knytter seg også usikkerhet til virkningen av tiltaket, særlig når det gjelder i hvilken grad tiltaket vil redusere antallet norske medisinstudenter i utlandet. Tiltaket kan dessuten implementeres på ulike måter, med ulike spredning av studieplassene over eksisterende læresteder, eller opprettelse av et nytt lærested.

Vi har indikert omfang på usikkerhet med noen kostnadsintervaller for de fleste kostnadsartene. Videre viser vi i neste kapittel hvordan endring av enkelte forutsetning slår ut på nettonåverdi-beregningene, i såkalte følsomhetsanalyser.

6.4 Følsomhetsanalyser

Følsomhetsanalyser utarbeides for å vurdere hvor robust analysen er for endring i forutsetningene. Ofte vil det være usikre forutsetninger, og da er det nyttig å se hvordan lønnsomheten i tiltakene endrer seg når man endrer forutsetninger. Det er særlig viktig å gjennomføre følsomhetsanalyser for forutsetninger det er stor usikkerhet knyttet til.

Vi har i denne utredningen gjennomført tre følsomhetsanalyser:

- Ulike forutsetninger for antall utenlandsstudenter
- Ulike forutsetninger for personalkostnader universitet
- Ulike forutsetninger for areal per student

6.4.1 Følsomhetsanalyse antall utenlandsstudenter

I basisscenarioet over har vi lagt til grunn at antall norske medisinstudenter i utlandet halveres når studietilbudet i Norge økes. Dette er en svært usikker forutsetning. Det kan også tenkes at det ikke vil være noen nordmenn som studerer medisin i utlandet etter at tiltaket gjennomføres (unntatt dem som tar de første tre årene i utlandet i alternativ 2), og det kan tenkes at tiltaket ikke får noen påvirkning på antallet norske medisinstudenter i utlandet.

Antall norske medisinstudenter i utlandet påvirker kostnadene gjennom studiestøtte og levekostnader. Jo flere studenter som fortsetter å studere i utlandet, desto høyere blir kostnadene til studiestøtte og levekostnader. Det er viktig å merke seg at flere studenter i utlandet også har en mulig nytteside, dersom det er behov for disse medisinstudentene i det norske arbeidsmarkedet.

Tabell 6-2 Følsomhetsanalyse utenlandsstudenter

Nettonåverdi sammenlignet med nullalternativet, milliarder NOK	0 prosent reduksjon i utenlandsstudenter	50 prosent reduksjon i utenlandsstudenter	100 prosent reduksjon i utenlandsstudenter
Alt. 1: Fullt studium over seks år	43	41	39
Alt. 2: Klinisk studium over tre år	27	25	23

Beregninger: Oslo Economics

Vi ser at forskjellen i kostnad er om lag 4 milliarder kroner i begge alternativene, mellom en situasjon etter innføring av tiltaket der det ikke lenger er noen nordmenn som studerer medisin i utlandet og en situasjon der det er like mange nordmenn som studerer i utlandet som i dag.

6.4.2 Følsomhetsanalyse personalkostnad universitetene

I basisscenarioet vi har beregnet kostnader for, har vi lagt til grunn kun den delen av personalkostnadene ved universitetene som knytter seg til undervisning, det vil si at vi ikke har tatt med kostnadene som knytter seg til forskning. Samtidig er det slik at universitetene, slik undervisningen er organisert i dag (forskningsbasert undervisning), også må betale for den tiden som undervisningspersonellet benytter på forskning (og formidling og annet). Det er altså ikke mulig å øke antall studenter og bare betale for undervisningstimene, men det der likevel den kostnaden vi har lagt inn, fordi vi argumenterer for at det er den reelle samfunnsøkonomiske kostnaden ved undervisningen.

Det vil også være en fullt rimelig tolkning å legge til grunn at forskning (og formidling og annet) en er en nødvendig betingelse for undervisningen, og at denne kostnaden også bør inkluderes. Derfor viser vi her hvordan en slik endring i forutsetningene endrer nettonåverdien for de alternative tiltakene.

Tabell 6-3 Følsomhetsanalyse personalkostnader universitet

Nettonåverdi sammenlignet med nullalternativet, milliarder NOK	Personalkostnader inkluderer forskning, formidling og annet	Personalkostnader inkluderer forskning	Personalkostnader ekskluderer forskning
Alt. 1: Fullt studium over seks år	53	50	41
Alt. 2: Klinisk studium over tre år	32	30	25

Beregninger: Oslo Economics

Personalkostnadene ved universitetene utgjør en stor del av kostnaden ved tiltaket, og endring av denne forutsetningen får derfor stor innflytelse på nettonåverdien. Dersom hele undervisningskostnaden tas med, øker det kostnaden ved tiltakene med om lag 12 milliarder kroner for alternativ 1 og om lag 7 milliarder kroner for alternativ 2. Det er viktig å merke seg at forskningen som produseres vil ha en nyttevirkning for samfunnet.

6.4.3 Følsomhetsanalyse arealbehov studenter

I basisscenariet har vi lagt til grunn at det er behov for 35 kvadratmeter areal for hver student både på universitet og i spesialisthelsetjenesten. Dette arealbehovet bidrar til å definere investeringskostnad og FDV-kostnad i de to alternativene. Det knytter seg betydelig usikkerhet til forutsetningen, da det ikke er bygget noen bygg som er direkte relevante i senere tid. Ved en følsomhetsanalyse kan vi vise hvor stort utslaget på lønnsomheten blir ved å endre denne forutsetningen.

Vi har valgt å beregne nettonåverdier ved et areal per student på henholdsvis 25 kvadratmeter og 40 kvadratmeter. Dette gjelder for både universitet og spesialisthelsetjenesten.

Tabell 6-4 Følsomhetsanalyse arealbehov

Nettonåverdi sammenlignet med nullalternativet, milliarder NOK	40 kvadratmeter per student	35 kvadratmeter per student	25 kvadratmeter per student
Alt. 1: Fullt studium over seks år	42	41	38
Alt. 2: Klinisk studium over tre år	26	25	24

Beregninger: Oslo Economics

Vi ser at en arealøkning per student fra 25 til 40 kvadratmeter gir en økt kostnad for alternativ 1 på om lag 4 milliarder kroner og en økt kostnad for alternativ 2 på om lag 2 milliarder kroner.

Dersom universitetet tilpasser sitt areal til det faktum at en andel av studentene til enhver tid er ute i spesialist- eller primærhelsetjenesten, vil det kunne medføre en tilsvarende kostnadsnedgang for alternativ 1 som en nedgang fra 35 til i underkant av 30 kvadratmeter per student, det vil si om lag 1,5 milliarder kroner. Tilsvarende for alternativ 2 vil dette kunne medføre en reduksjon ned til knapt 25 kvadratmeter per student, og en kostnadsreduksjon på nesten 2 milliarder kroner.

7. Budsjettmessige konsekvenser

Vi har gjennomført en analyse av budsjettmessige konsekvenser for de berørte aktørene. Dette innebærer at vi identifiserer de ulike utgiftsvirkningene hvert tiltak fører med seg og når utgiftene inntreffer. Dette innebærer at anslagene ikke lenger er neddiskontert til netto nåverdier, og at skattefinansieringskostnadene er utelatt. Vi har benyttet 2018-tall i disse oppstillingene, slik at inflasjon ikke er hensyntatt. Som i den samfunnsøkonomiske analysen har vi lagt til grunn at investeringer i infrastruktur skjer i 2025, 2026 og 2027, mens første driftsår er i 2028.

7.1 Statsbudsjettet

Vi legger til grunn at staten vil bevilge midler til investeringen i nybygg og brukerutstyr for de norske universitetene, som tilbakebetales av universitetene gjennom en kostnadsdekkende husleie til Statsbygg. Kostnadsdekkende leie er beregnet som en annuitet over 40 år med et 4 prosent reelt avkastningskrav. Staten bærer slik sett ikke kostnader for byggeinvesteringen, men bistår universitetene med likviditet.

Som følge av at de norske universitetene får en økt studentmasse vil både basis- og resultatbasert bevilgning øke. De årlige bevilgningene til universitetene vil med dagens satser være 444 550 kroner per student i året, se kapittel 2.5.

Staten overfører også midler til Lånekassen og endringer i antall norske studenter og utenlandske studenter vil påvirke overføringene til Lånekassen.

Tabell 7-1 viser de budsjettmessige konsekvensene for staten i alternativ 1, der man ser at den årlige netto økningen i overføringer til universitetene blir på om lag 944 millioner kroner.

Tabell 7-1: Budsjettmessige virkninger for staten i Alternativ 1, i millioner kroner

	2025	2026	2027	Fullt driftsår
Investeringsutgifter	- 2 859	- 2 859	- 2 859	0
Driftsbevilgninger til universitetene	0	0	0	- 1 334
Overføring til Lånekassen	0	0	0	- 44
Husleieinntekter	0	0	0	433
Netto budsjettmessig konsekvens	- 2 859	- 2 859	- 2 859	- 944

Kilde: Oslo Economics

Tabell 7-2 viser vi de budsjettmessige konsekvensene for Alternativ 2.

Tabell 7-2: Budsjettmessige virkninger for staten i Alternativ 2, i millioner kroner

	2025	2026	2027	Fullt driftsår
Investeringsutgifter	- 1 429	- 1 429	- 1 429	0
Driftsbevilgninger til universitetene	0	0	0	- 667
Overføring til Lånekassen	0	0	0	- 22
Husleie fra universitetene	0	0	0	217
Netto budsjettmessig konsekvens	- 1 429	- 1 429	- 1 429	- 472

Kilde: Oslo Economics

7.2 Universitetene

Universitetene får økte inntekter gjennom basis- og resultatbasert bevilgning, samtidig får universitetene utgifter knyttet til FDV, personell og økte utgifter til primærhelsetjenesten. Vi forutsetter at universitetene i driftsårene må betale en kostnadsdekkende leie for investering i bygg til staten, som forklart over. Samlet vil universitetene ha en budsjettmessig underdekning på henholdsvis 377 og 188 millioner kroner i Alternativ 1 og 2.

Vi har her kun lagt til den delen av personalkostnadene som dekker undervisning, ikke kostnader som dekker forskning og utvikling, formidling og annet. Som tidligere nevnt vil også denne kostnaden måtte dekkes av universitetene slik systemet i dag er innrettet, men det må kunne antas at det da også vil følge inntekter med knyttet til både forskning og formidling.

Tabell 7-3 viser de budsjettmessige konsekvensene for universitetene, der vi også har merket hvilke overføringer som går til staten og til primærhelsetjenesten.

Tabell 7-3: Budsjettmessige konsekvenser for universitetene i Alternativ 1, i millioner kroner

	2025	2026	2027	Fullt driftsår
FDV-utgifter	0	0	0	-105
Personalutgifter	0	0	0	-1 127
Utgifter primærhelsetjenesten	0	0	0	-45
Kostnadsdekkende husleie	0	0	0	-433
Basis og resultatbevilgninger	0	0	0	1 334
Netto budsjettmessig konsekvens	0	0	0	-377
Overføring til staten	0	0	0	-433
Overføring til primærhelsetjenesten	0	0	0	-45

Kilde: Oslo Economics. Merk at investeringskostnadene er null fordi vi legger til grunn at staten vil bevilge midler til investeringen i nybygg og brukerutstyr for de norske universitetene, som tilbakebetales av universitetene gjennom en kostnadsdekkende husleie til Statsbygg.

Tabell 7-4 viser de budsjettmessige konsekvensene for universitetene i Alternativ 2.

Tabell 7-4: Budsjettmessige konsekvenser for universitetene i Alternativ 2, i millioner kroner

	2025	2026	2027	Fullt driftsår
FDV-utgifter	0	0	0	- 53
Personalutgifter	0	0	0	- 564
Utgifter primærhelsetjenesten	0	0	0	- 23
Kostnadsdekkende husleie	0	0	0	- 217
Basis og resultatbevilgninger	0	0	0	667
Netto budsjettmessig konsekvens	0	0	0	-189
Overføring til staten	0	0	0	-217
Overføring til primærhelsetjenesten	0	0	0	-23

Kilde: Oslo Economics. Merk at investeringskostnadene er null fordi vi legger til grunn at staten vil bevilge midler til investeringen i nybygg og brukerutstyr for de norske universitetene, som tilbakebetales av universitetene gjennom en kostnadsdekkende husleie til Statsbygg.

7.3 Spesialisthelsetjenesten

Helseforetakene vil ikke automatisk motta midler fra staten og må dekke økte investeringer, FDV og personalutgifter over egne budsjetter. Dette er fordi oppgaven med utdanning av medisinstudenter skal dekkes gjennom helseforetakenes basisbevilgning, og det er ingen automatikk i at denne øker når antall studenter øker.

Vi har forutsatt at Helseforetakene tar opp et lån for å dekke investeringer i infrastruktur og betaler en kostnadsdekkende leie for investeringen, med et avkastningskrav på 4 prosent i hvert driftsår i en periode på 40 år.

Tabell 7-5 viser budsjettmessige konsekvenser for spesialisthelsetjenesten i Alternativ 1.

Tabell 7-5: Budsjettmessige konsekvenser for spesialisthelsetjenesten i Alternativ 1, i millioner kroner

	2025	2026	2027	Fullt driftsår
Investeringsannuitet	0	0	0	- 22
FDV	0	0	0	- 9
Personal	0	0	0	- 300
Netto budsjettmessig konsekvens	0	0	0	- 331

Kilde: Oslo Economics.

Tabell 7-6 viser budsjettmessige konsekvenser for spesialisthelsetjenesten i Alternativ 2.

Tabell 7-6: Budsjettmessige konsekvenser for spesialisthelsetjenesten i Alternativ 2, i millioner kroner

	2025	2026	2027	Fullt driftsår
Infrastruktur	0	0	0	- 22
FDV	0	0	0	- 9
Personal	0	0	0	- 300
Netto budsjettmessig konsekvens	0	0	0	- 331

Kilde: Oslo Economics

7.4 Primærhelsetjenesten

Primærhelsetjenesten vil ha økte utgifter på 69 millioner og 34,5 millioner kroner i henholdsvis Alternativ 1 og Alternativ 2. Universitetene vil betale for praksisstudenter i primærhelsetjenesten, som gir en netto budsjettmessig virkning på null for primærhelsetjenesten.

7.5 Lånekassen

Lånekassens årlige overføringer til studenter vil endre seg som følge av tiltakene. I begge alternativer vil antallet studenter i Norge øke, mens studentantallet i utlandet vil synke. Lånekassen får dekket alle økte overføringer av staten og netto budsjettmessig virkning vil være null. Vi har likevel belyst endringen i strømmene til studenter i utlandet og studenter i Norge som følge av tiltakene.

Som man ser av Tabell 7-7, vil tiltaket i Alternativ 1 føre til en liten økning i totale overføringer fra staten på 44 millioner kroner. Det skyldes at økningen i det totale antallet medisinstudenter vil øke overføringene, mer enn den reduksjonen som oppstår som følge av noe færre utenlandsstudenter.

Tabell 7-7: Budsjettmessige konsekvenser for Lånekassen i Alternativ 1, i millioner kroner

	2025	2026	2027	Fullt driftsår
Overføringer studenter til i Norge	0	0	0	325
Overføringer studenter til i utlandet	0	0	0	-281
Overføring fra staten	0	0	0	44
Netto budsjettmessig konsekvens	0	0	0	0

Kilde: Oslo Economics

Tabell 7-8 viser tilsvarende, de budsjettmessige konsekvensene i Alternativ 2.

Tabell 7-8: Budsjettmessige konsekvenser for Lånekassen i Alternativ 2, i millioner kroner

	2025	2026	2027	Fullt driftsår
Overføringer studenter i Norge	0	0	0	162
Overføringer studenter i utlandet	0	0	0	- 140
Overføring fra staten	0	0	0	22
Netto budsjettmessig konsekvens	0	0	0	0

Kilde: Oslo Economics

8. Fordelingsvirkninger

Selv om et tiltak totalt sett er samfunnsøkonomisk lønnsomt for samfunnet, kan enkelte grupper komme dårligere ut som følge av tiltaket. Ofte vil enkelte grupper komme godt ut på bekostning av andre grupper. Slike fordelingsvirkninger inngår ikke i en samfunnsøkonomisk analyse, men behandles isolert. I denne analysen har vi identifisert tre fordelingsvirkninger.

Utenlandsstudenter får høyere studiegjeld enn norske medisinstudenter, på tross av vesentlig mindre kostbar utdanning for det norske samfunnet

Som kostnadsanalysen viser er det vesentlig mer kostbart å utdanne en medisinstudent i Norge enn i utlandet. Vårt estimat tilsier at det koster samfunnet om lag 790 600 kroner mer for en norsk student per år. Samtidig er studie gjelden til utenlandsstudenter innen medisin etter endte studier normalt høyere enn studie gjelden for en norsk student. Våre estimater tilsier at en ferdigutdannet medisinstudent i utlandet har normalt minst 200 000 kroner mer i studie gjeld. Hvis vi antar en rente på 2,3 prosent og en løpetid på 25 år, gir dette en medisinstudent i Norge en total tilbakebetalingskostnad på om lag 517 000 kroner, og en norsk legestudent i utlandet en total tilbakebetalingskostnad på 781 000 kroner.

Kostnaden for utdannelsen til en medisinstudent i Norge betales i stor grad av fellesskapet, mens utenlandsstudenten vil måtte bære en større del av kostnaden selv.

Levekostnadene i utlandet, spesielt i Øst-Europa er riktignok lavere enn i Norge. Utenlandsstudenter kan i større grad leve på studiestøtten, mens en norsk student normalt vil måtte ha alternative inntektskilder under studiene. At utenlandsstudenter velger å ta opp fullt lån ved studier i utlandet kan nok også ha sammenheng med at det kan være krevende å skaffe arbeid for en norsktalende student i utlandet, spesielt i lavkostland.

At norske medisinstudenter i utlandet har høyere gjeld kan føre til valg av mindre gode universiteter

At gjeldbyrden til utenlandsstudenter er større enn studenter i Norge, kan ha samfunnsøkonomisk betydning på sikt, gjennom at norske medisinstudenter velger rimeligere studiealternativer i EØS-området.²⁵ Studier ved universiteter som er høyt ranket internasjonalt, og som etter sigende ligger i Vest-Europa, vil for eksempel koste mer i form av skolepenger og levekostnader sammenlignet med studier i Øst-Europa. Når en medisinstudent vet at man ikke får en systematisk høyere lønn som lege i Norge som følge av valget om en kostbar medisnutdanning, så ligger insentivene til rette for at utenlandsstudenter velger en utdanning basert på kostnaden ved studiet og forventninger om studie gjeld. Utviklingen der færre studerer i Vest-Europa og det samtidig er en sterk vekst av medisinstudenter i Øst-Europa kan antageligvis delvis forklares av denne mekanismen.

Som et alternativ til utvidelser av kapasitet i Norge, eller som et supplement, kunne Norge kjøpt studieplasser i medisin ved utvalgte universiteter der utdannelsen vurderes som god. En slik løsning kunne lempet på fordelingsvirkningen som oppstår som følge av dagens underkapasitet for medisnutdanning i Norge.

Tiltaket vil være en overføring fra rimeligere utdannelser i utlandet, til UH-sektoren i Norge

Dersom antallet utenlandsstudenter reduseres som følge av tiltaket vil det oppstå to fordelingseffekter i utdanningsmarkedet i EØS. For det første vil tiltaket være en overføring fra mindre kostbare utdannelser i utlandet, til mer kostbare universiteter i Norge som tilbyr profesjonsutdanning. Tiltaket vil under samme forutsetning også være en overføring fra private høyskoler som har samarbeid med utenlandske universiteter og høyskoler, til norske universiteter. Igjen, uten å ta hensyn til en eventuell

²⁵ Vi har ikke tatt med en slik virkning i den samfunnsøkonomiske analysen, som følge av at vi ikke har sett på og sammenlignet kvalitetsdimensjonen i studietilbudet i Norge og i utlandet.

kvalitetsdimensjon, vil tiltaket lede til en overføring til de fire norske universitetene som tilbyr profesjonsutdanning i medisin.

9. Kostnader ved forsinkelser og strategi for kostnadsreduserende tiltak

9.1 Kostnader ved forsinket inntreden i arbeidslivet og flaskehalser

I den samfunnsøkonomiske analysen har vi ikke medregnet forsinkelseskostnader for å tre inn i arbeidslivet. Med forsinkelseskostnader mener vi det samfunnsøkonomiske tapet som oppstår ved at det kan ta tid å komme inn på medisinstudiet, og kostnadene som oppstår som følge av at det tar tid å komme inn på LIS1.

Årsaken til at forsinkelseskostnader ikke er medregnet i den samfunnsøkonomiske analysen, er at tiltak for å utvide medisinstudiet ikke nødvendigvis har en effekt på de eksisterende forsinkelseskostnadene, og dermed vil heller ikke tiltaket nødvendigvis øke eller redusere disse kostnadene. I tillegg er størrelsen på forsinkelseskostnadene svært usikre. Vi har derfor valgt å belyse disse kostnadene i et eget kapittel.

Samtidig viser regneeksemplene våre at forsinkelseskostnader er vesentlige. Fra et samfunnsøkonomisk perspektiv antyder det at tiltak for å redusere forsinkelseskostnader har potensial for vesentlige samfunnsøkonomiske gevinster. Hvis tiltaket påvirker omfanget av forsinkelseskostnader, bør det derfor tas inn i den samlede vurderingen av tiltaket.

Forsinkelseskostnader oppstår gjennom tre ulike kanaler

Det er tre årsaker til forsinkelseskostnader:

- Studenter legger beslag på ressurser i årene de bruker på å kvalifisere seg til medisinstudiet
- Studenter får forsinket ferdigstillelsen av medisnutdannelsen, og står derfor kortere i arbeid
- Uteksaminerte er i mindre verdiskapende arbeid mens de venter på ansettelse som LIS1

Disse tre årsakene diskuteres nedenfor.

Anslagsvis halvparten av ferdigutdannede leger påbegynner ikke medisinstudiet før to-tre år etter videregående skole. Hvert år/semester tas 50 prosent av studentene opp på bakgrunn av primærvitnemål. De resterende 50 prosentene er nødt til å samle opp studiepoeng i andre studier og alderspoeng for å komme inn på medisinstudiet på bakgrunn av sekundærvitnemålet. En vesentlig andel av medisinstudentene som studerer i utlandet har også først forsøkt å komme inn på medisinstudiet ved norske universiteter. Kostnaden ved forsinkelsen er knyttet til bruk av ressurser i UH-sektoren når disse studentene studerer andre poenggivende fag som ikke gir samfunnsnytte, samt opptak av studielån og stipend.

Studentmassen som startet på medisinstudiet først to-tre år etter videregående skole kommer senere ut i arbeidslivet enn de ellers ville ha gjort, og arbeider derfor som leger kortere enn medisinerer som startet karrieren tidligere i livsløpet. At disse individene trer inn i arbeidslivet på et senere tidspunkt, og følgelig er i arbeidslivet en mindre andel av livsløpet, fører til et verdiskapingstap for samfunnet.

Kapasiteten ved LIS1 er mindre enn etterspørselen, og de autoriserte legene som ikke kommer inn på første forsøk må på grunn av gjeldende regelverk avvente å jobbe som leger inntil de kommer inn på LIS1. Individene vil ha et alternativt arbeid i denne perioden, men alternativ inntekt og verdiskapingen vil være lavere enn dersom de jobbet som leger, grunnet kompetanseprofil og at medisinerer har et nokså høyt lønnsnivå (som antas å reflektere verdiskapingen).

Anslag på kostnader ved forsinket start på studiet for studenter på sekundærvitnemål

Anslaget legger til grunn en kostnad på 134 990 kr per år per student for springbrett-studier, altså studieplassen som tas opp for å samle studiepoeng til sekundærvitnemålet. Den samfunnsøkonomiske kostnaden for lån og stipend per år beløper seg til henholdsvis 4 425 og 8 660 kroner.

Vi antar vi at 50 prosent av samtlige norske medisinstudenter vil bruke to år på å komme inn på medisinstudiet. Dette gir totalt anslagsvis 525 studenter per år som har en to års forsinkelse, med en tilhørende kostnad på 155 millioner kroner per år/per årskull.

Merk at vi antar at disse individene ikke bidrar med noen verdiskapning før medisinstudiet, altså har et rent lånebasert konsum.

Anslag på kostnader for ventetid til LIS1

Vi legger til grunn at ferdigutdannede leger må vente i gjennomsnitt ett år etter fullførte studier for å komme inn på LIS1.

Gjennomsnittlig minimumslønn ved LIS1-stilling var i 2018 på 509 294, i tillegg kommer vakttillegg.²⁶ Vi legger til grunn at alternativ inntekt for en ferdigutdannet lege er noe lavere enn arbeidsinntekten i en LIS1-stilling. Alternativt arbeid for en ferdigutdannet lege kan imidlertid variere betydelig og anslag på arbeidsinntekten vil derfor være usikker.

Anslaget vårt tar utgangspunkt i at gjennomsnittlig brutto lønnsdifferanse mellom en lege og landsgjennomsnittet for personer med mer enn 4 års høyere utdanning er på 21 prosent.²⁷ Antar vi at en LIS1-stilling gir en minimumslønn på 509 294 kroner med et gjennomsnittlig vakttillegg på 50 000 kroner, og at denne arbeidsinntekten er 21 prosent høyere enn alternativt arbeid, vil alternativ inntekt være 440 630 kroner i gjennomsnitt, med en lønnsdifferanse til en LIS1-stilling på 118 664 kroner.

Hvert år er det ca. 1050 ferdigutdannede leger fra norske og utenlandske studiesteder. Samlet gir dette en årskostnad på i underkant av 125 millioner kroner.

Anslag på kostnader ved forsinket inntreden i arbeidslivet for leger på sekundærvitnemål

Ettersom vi antok at 50 prosent av samtlige norske medisinstudenter måtte studere i to år før de kom inn på medisinstudiet, vil de samme individene tape to år i arbeidslivet. To år med tapt verdiskapning der verdiskapningen prises til gjennomsnittlig brutto reallønn for en lege på 907 380 kroner, gir en samfunnskostnad på 953 millioner kroner per år.

Samlet anslag på forsinkelseskostnader

I Tabell 9-1 fremstiller vi de samlede forsinkelseskostnadene i dag og netto nåverdi over 40 år. Som man ser av tabellen viser regneeksempelet at samfunnets årskostnad for forsinkelser i studieløpet og flaskehals i LIS1 er på 1 275 millioner kroner. Over en 40-års periode gir det en samlet kostnad på 24 401 millioner kroner omregnet til 2018-kroner.

Regneeksempelet er usikkert, men viser samtidig at tiltak for å redusere forsinkelseskostnader kan gi vesentlige samfunnsøkonomiske gevinster. Ethvert tiltak knyttet til kapasitetsutvidelser av medisinstudiet i Norge, bør fra et samfunnsøkonomisk perspektiv ta innover seg slike forsinkelseskostnader. En investering i utdanning i Norge som kan «importere» vesentlig rimeligere fra utlandet, bør i alle fall ikke forsterke de allerede betydelige samfunnsøkonomiske kostnadene som finnes med dagens innretning.

²⁶ <https://legeforeningen.no/PageFiles/99474/LIS%20a.xlsx>

²⁷ SSB, Tabell 12407; Månedslønn, etter utdanningsnivå, fagfelt og antall år etter fullført utdanning 2015-2018

Tabell 9-1: Forsinkelseskostnader, per år og netto nåverdi, i millioner kroner

	Årskostnad	Netto nåverdi over 40 år
Forsinket studiestart	155	3 078
Forsinket opptak i LIS1	125	2 466
Forsinket inntreden i arbeidslivet	953	18 858
Total	1 233	24 401

Kilde: Oslo Economics. Dette er et regneeksempel, ikke et kvalitetssikret estimat.

9.2 Kostnadsreduserende tiltak i investeringsbeslutningen

I analysen er det antatt at investeringstiltaket er ekvivalent med å bygge ut et nytt universitet og tilsvarende bygge ut nye fasiliteter for spesialist- og primærhelsetjenesten. Dette er antageligvis den mest kostbare løsningen for å få tilstrekkelig kapasitet i Norge.

Potensialet for kostnadsreduserende tiltak er imidlertid tilstede dersom årsaken til dagens kapasitetsbegrensninger ved de fire norske universitetene enten ikke er identiske, eller at kapasitetsbegrensningene som gjelder ikke er like store innenfor hver type arealbehov.

Hvis for eksempel det er tilstrekkelig med forelesningssaler samlet sett ved NTNU, så kan det hende at kapasitetsbegrensningen i hovedsak er knyttet til arealer for laboratorier. I så tilfelle vil investeringsbehovet være lavere enn antatt, fordi utbygningen kan skaleres ned. Hvis det er tilstrekkelig med kostbare arealer som laboratorier ved UiB, så kan man bygge ut rimelige arealer som forelesningssaler. Samlet ville det i et slikt tilfelle vært hensiktsmessig fra et kostnadsperspektiv å bygge ut forelesningssaler ved UiB inntil begrensningen er nådd, eller marginalkostnaden for nye forelesningssaler overstiger kostnaden for nye arealer for laboratorium ved NTNU.

Samlet er det derfor en rekke muligheter innen prosjektering av tiltak knyttet til konkrete investeringsvalg som kan påvirke den totale kostnaden for arealer i nokså betydelig grad.

Ettersom det ikke er innenfor rammen av prosjektet å ha full kjennskap til konkrete kapasitetsbegrensninger ved de fire universitetene, nøyer vi oss med å påpeke disse forholdene. En endelig investeringsbeslutning bør kartlegge konkrete kapasitetsbegrensninger ved hvert universitet, og ta sikte på å bygge ut ved de universitetene som har kostnadmessige fordeler, altså bygge der det er billigst.

Andre forhold enn kostnader vil ha betydning for en eventuell investeringsbeslutning, men potensielle kostnadsreduserende tiltak (og studentfordeling mellom universitetene) bør inngå som del av beslutningsgrunnlaget sett fra et samfunnsøkonomisk perspektiv.

10. Referanser

- Birkeland, I., Stenvoll, D., Kolbu Jacobsen, T. & Trude, H., 2016. *Til hvilken pris? Om norske gradsstudenter i utlandet*, s.l.: Senter for internasjonalisering av utdanning (SIU).
- Bråthen, R., Hjemås, G., Holmøy, E. & Ottersen, I. H., 2015. *Bemanningsbehov i spesialisthelsetjenesten mot 2040*, Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Eurostat, 2018. *Comparative price levels of consumer goods and services*. [Internett] Available at: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Comparative_price_levels_of_consumer_goods_and_services [Funnet Mai 2019].
- Finansdepartementet, 2017. *Perspektivmeldingen 2017*. [Internett] Available at: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-29-20162017/id2546674/> [Funnet 25 02 2019].
- Grimstad-utvalget, 2019. *Svar fra RHF og universiteter: Medisinstudenter i praksis - kartlegging av kapaistet og tilbud*, s.l.: s.n.
- Helse- og omsorgsdepartementet, 2013. *Folkehelsemeldingen*, Oslo: Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartement.
- Helsedirektoratet, 2012. *Behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten - En status-, trend og behovsanalyse fram mot 2030*, Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet, 2018. *Helsefaglig utdanning i utlandet - tips før du velger studium*. [Internett] Available at: <https://helsedirektoratet.no/autorisasjon-utdanning-og-godkjenning/autorisasjon-og-lisens/helsefaglig-utdanning-i-utlandet-tips-for-du-velger-studium> [Funnet 25 februar 2019].
- Helsedirektoratet, 2019. *Vurdering av antall LIS1-stillinger*, Oslo: Helsedirektoratet.
- Hesthamar, B. et al., 1998. *Kostnader forbundet med undervisning av medisinske studenter ved kliniske sykehusavdelinger*, s.l.: s.n.
- Kunnskapsdepartementet, 2018. *Orientering om statsbudsjettet 2019 for universitet og høgskolar, etter vedtak i Stortinget 12. desember 2018. Mål for universitet og høgskolar, budsjett og endringer i løyving og finansieringssystemet, 2018..* Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- NOU 2008:2, 2008. *Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak*. Oslo: Norges offentlige utredninger.
- NOU 2016:5, 2016. *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten: Hvordan bør statens eierskap innrettes fremover?*. Oslo: Norges offentlige utredninger.
- NTNU, 2019. *Om studieprogrammet - profesjonsstudiet medisin - 6 årig - Trondheim - NTNU*. [Internett] Available at: <https://www.ntnu.no/studier/cmed/medisin> [Funnet 13 Februar 2019].
- Reiling, R. B. et al., 2014. *Hva koster en student? En kostnadskartlegging av universiteter og høgskoler*, Oslo: Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning.
- Statistisk sentralbyrå, 2018. *Befolkningsframskrivninger - SSB*. [Internett] Available at: <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkfram> [Funnet 13 Februar 2019].

oslo**economics**
www.osloeconomics.no

post@osloeconomics.no

Tel: +47 21 99 28 00

Fax: +47 96 63 00 90

Besøksadresse:

Kronprinsesse Märthas plass 1

0160 Oslo

Postadresse:

Postboks 1562

Vika

0118 Oslo

Oppsummering av svar fra lærestedene om etablering av/samarbeid om medisineddannning

Henvendelse til statlige og private institusjoner (adressater angitt i oversikten) ble sendt fra utvalget i uke 41/42, jfr. brev datert 11.10.2018.

Statlige institusjoner:

Navn på institusjon	Mottatt svar	Føringer/vedtak/beslutn om akkreditering medisin	Etablert samarbeid om med studium	Planer om samarbeid med studium
Norges miljø- og biovitenskapelige universitet	Ja	Nei	Nei	Nei
Universitetet i Agder	Ja	Nei	Nei	Nei
Nord universitet	Ja	Nei	Nei	Nei
OsloMet – storbyuniversitetet	Ja	Nei	Nei	Nei
Universitetet i Sørøst-Norge	Ja	Nei	Nei	Nei
Høgskolen i Molde, vitenskapelig høgskole i logistikk	Ja	Nei	Nei	Nei
Sámi allaskuvla/Samisk høgskole	Nei			
Høgskolen i Innlandet	Ja	Nei	Nei	Nei
Høgskolen i Volda	Ja	Nei	Nei	Nei
Høgskolen i Østfold	Ja	Nei	Nei	Nei
Høgskulen på Vestlandet	Ja	Nei	Nei	Nei

Private institusjoner:

Navn på institusjon	Mottatt svar	Føringer/vedtak/beslutn om akkreditering medisin	Etablert samarbeid om med studium	Planer om samarbeid med studium
Atlantis Medisinske Høgskole	Ja	Nei	Ja	Nei
Bjørknes Høyskole	Ja	Nei	Ja	Ja
Høyskolen Kristiania	Ja	Nei	Ja	Ja
Lovisenberg diakonale høgskole	Ja	Nei	Nei	Nei
VID vitenskapelige høgskole	Ja	Nei	Nei	Nei

Regionale samarbeidspartnere ved Universitetet i Stavanger (UiS)

Utfyllende informasjon til tekst i kapittel 9

Forskningsnettverk for helse og teknologi er etablert med forskere fra UiS, SUS og forskningsinstituttet NORCE. Nettverket skal samarbeide med helsetilbyderne og private aktører for finne gode løsninger på dagens og morgendagens helseutfordringer. Forskningsnettverket skal ha et særlig ansvar for å skape synergi og bygge broer mellom ulike fagdisipliner, være i front med ny teknologi og ikke minst, utvikle undervisning for framtidens helsearbeidere.

HelseCampus Stavanger er et samarbeidsprosjekt mellom UiS, SUS, SAFER, Stavanger kommune, NSCC (se nedenfor) og NORCE, som skal være navet i en regional forskningsbasert helseklynge med målsetting om å bli landets fremste arena innenfor simuleringsbasert undervisning og læring, samt innovasjoner innenfor helse- og omsorgstjenestene.

UiS er også med i *Norwegian Smart Care Cluster (NSCC)*, som er et klyngeprosjekt med mer enn 115 bedrifter og 45 kommuner/offentlige aktører som deltakere. Klyngen har sitt utspring i Stavanger-regionen, men medlemmene er i dag fra hele landet og også internasjonalt. Formålet er å utvikle en klynge med fokus på omstilling, innovasjon, forskning og utvikling, kommersialisering, og eksport/internasjonalisering av produkter og tjenester innen helse og velferdsteknologi.

Etablering av *SEARCH (Sandnes Education and Research Center Høyland)* som er et nytt biomedisinsk forskningssenter vil også være viktig for utdanning av leger ved UiS. SEARCH er et samarbeid mellom NMBU, SUS, UIS og Stiftelsen Norsk Luftambulanse (SNLA) og senteret skal legge til rette for tverrsektoriell biomedisinsk forskning, innovasjon, og utdanning av både helse- og veterinærpersonell. Bygget vil gi plass til flere operasjonssaler, oppstillingsmuligheter for forsøksdyr, samt moderne diagnostisk utstyr. Dette gir vesentlig økte muligheter for forskning, innovasjon og kurs/undervisning.

Forskere fra UiS og SUS jobber også sammen med NORCE og Greater Stavanger om teknologioverføring mellom medisin og olje/gass i *prosjektet Norway Pumps & Pipes*.

Samarbeid NORCE-UiS-SUS: NORCE har investert i infrastruktur som kan brukes inn mot simulering, opplæring og forskning i forhold til blodstrøm. En forlengelse av dette arbeidet, innebærer segmentering og visualisering av aktuelle geometrier fra medisinske bilder. Ny teknologi gjør det mulig å lage 3D-visualiseringer av disse, enten som hologram, andre former for augmented reality (AR), eller som 3D-print. Dette gir helt nye muligheter i forhold til operasjonsplanlegging, trening og opplæring. UiS og NORCE er i gang med å utvikle samarbeidsprosjekter rundt disse temaene med SUS og Haukeland universitetssykehus, samt andre sykehus tilknyttet andre helseregioner. I fremtidens medisindannelse vil teknologi spille en stor rolle. UiS er godt rigget for å implementere ulike former for teknologi, dataforståelse, e-læring og simulering inn i utdanningsforløpet.

SAFER (Stavanger Acute Medicine Foundation for Education and Research) er en stiftelse og et læringscenter som er opprettet i samarbeid mellom SUS, UiS og Laerdal Medical AS. Formålet med senteret er å styrke akuttmedisinsk opplæring og pasientsikkerhet, i første rekke gjennom å stimulere kompetanseutvikling av aktuelt personell hos de tre initiativtakerne. Senteret driver også forskning og utvikler kurstilbud. SAFER inngår i et aktivt nettverkssamarbeid med internasjonalt ledende medisinske simuleringssentre. UiS bruker også senteret for simulering og ferdighetstrening for studenter innen helserelaterte utdanninger.

SAFER Healthcare er en FoU-gruppe tilknyttet HV-fakultet. Det er et samarbeid mellom UiS, SUS, Lærdalfondet og Stiftelsen Norsk Luftambulans. Det overordnede målet er å sikre rekruttering av akademiske personell i stillinger tilknyttet HV-fakultet. Hovedfokuset i satsningen er å bedre tverrfaglig simuleringsbasert utdanning, trening og læring innen forskjellige helsefag samt bedre implementering av ny kunnskap i helsevesenet for dermed å øke pasientsikkerheten.

Et eksempel på enheter internt ved UiS med et omfattende nasjonalt og internasjonalt samarbeid er forskningssenteret *SHARE (Senter for kvalitet og sikkerhet i helsetjenesten)* ved HV-fakultet. SHARE er landets fremste fagmiljø innen kvalitet og sikkerhet i helse- og omsorgstjenesten og det er et tverrfaglig miljø som involverer sykepleie, medisin, psykologi, sosiologi, sikkerhetsfag og ingeniørfag. Senteret har et utstrakt samarbeid med sykehus, kommunale helsetjenester, teknologileverandører, tilsynsmyndigheter og bruker- og pasientorganisasjoner. SHARE samarbeider også med verdensledende forskningsmiljøer i Europa, Australia og USA. Foruten UiS, er Stiftelsen Norsk Luftambulans og NTNU Gjøvik hovedsamarbeidspartnere. Rundt 40 forskere er tilknyttet senteret.