

## **Beslutningsgrunnlag**

### **Muligheter og kostnader ved økning av utdanningskapasiteten i medisin**

Dokumentet inneholder deler av det samlede kunnskaps- og vurderingsgrunnlaget

Desember 2021

<b>1</b>	<b>INNLEDNING</b>	<b>2</b>
1.1	Bakgrunn: Grimstadutvalget	2
<b>2</b>	<b>HAR VI ET PROBLEM OG HVA KAN VI OPPNÅ?</b>	<b>3</b>
2.1	Norge har tilstrekkelig tilstrømning av leger, mange utdannes i utlandet	4
2.2	En høy andel av legene er utdannet i utlandet	5
2.3	Rekruttering til distriktene	6
2.4	Forholdet mellom utdanningskapasiteten i Norge og de som reiser ut	7
2.5	Om leger i spesialisering (LIS)	7
<b>3</b>	<b>MEDISINUTDANNING, AKKREDITERING OG GRADSRETTIGHETER</b>	<b>8</b>
3.1	Cand. med. og utdanningens lengde	8
3.2	Studiemodeller ved de eksisterende medisinutdanningene	9
3.3	Etablering av nye profesjonsutdanninger	9
3.4	Akkreditering av alternative studiemodeller ved Universitetet i Stavanger	10
<b>4</b>	<b>MULIGHETER FOR ØKT UTDANNINGSKAPASITET I MEDISIN</b>	<b>11</b>
4.1	Økt kapasitet ved eksisterende medisinutdanninger	12
4.1.1	Østlandet: Universitetet i Oslo (UiO) og Helse Sør-Øst RHF	12
4.1.2	Vestlandet: Universitetet i Bergen (UiB) og Helse Vest RHF	15
4.1.3	Midt-Norge: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) og Helse Midt-Norge RHF	17
4.1.4	Nord-Norge: Universitetet i Tromsø - Norges arktiske universitet (UiT) og Helse Nord RHF	19
4.2	Etablering av medisinutdanning ved UiS	22
4.3	Utgifter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten	24
4.4	Oppsummering av økonomiske konsekvenser	25

# 1 Innledning

Ved behandlingen av statsbudsjettet for 2018 ba 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).

Departementets arbeid er en oppfølging av Grimstadutvalgets arbeid, som i 2019 kartla studieplasser i medisin i Norge og foreslo en betydelig økning av utdanningskapasiteten. I KDs Prop. 1 S (2020-2021) og i stortingsmeldingen om styringspolitikk for statlige universiteter og høyskoler (styringsmeldingen) fremgår følgende:

## Kunnskapsdepartementets Prop 1 S (2020-2021)

*Regjeringa har som mål at ein større del av norske legar over tid skal bli utdanna i Noreg. Medisinutdanninga skal inkludere desentraliserte studiemodellar som tek ein større del av helsetenesta i bruk. Hovudmodellen skal framleis vere ei integrert seksårig utdanning. Regjeringa skal vurdere kostnader og moglegheiter for ulike alternativ for utvida utdanningskapasitet i medisin, inkludert bruk av alternative studiemodellar.*

## Meld. St. 19 (2020-2021) Styring av statlige universiteter og høyskoler

*[...] For medisin er det behov for økt utdanningskapasitet, og regjeringen vil ta initiativ til en nasjonal prosess om dimensjonering. Prosessen skal involvere universitets- og høyskolesektoren og de regionale helseforetakene, og bidra til at nasjonale behov kan dekkes med god ressursutnyttelse og høy kvalitet på studietilbudet. Finansiering og fordeling av eventuelle midler til nye studieplasser håndteres gjennom den ordinære budsjettprosessen.*

## 1.1 Bakgrunn: Grimstadutvalget

Et utvalg nedsatt av KD juni 2019, ledet av professor Hilde Grimstad ved NTNU, har utredet behov, modeller og muligheter for å øke kapasiteten til medisinutdanningene i Norge. Mandatet inkluderte å vurdere (1) mulighetene for å øke antallet studenter ved dagens medisinstudier og (2) studiemodeller med opptak av medisinstudenter fra utlandet for fullføring i Stavanger. Utvalget leverte sin [utredning](#) til KD 25. september 2019. Rapporten har vært på høring og mottok 90 høringsuttalelser.

Utvalget argumenterte for at det er flere ulemper forbundet med å utdanne en stor andel av norske leger i utlandet generelt, spesielt med konsentrasjonen i enkelte østeuropeiske land. Utvalget pekte på at medisinutdanningene i utlandet, som er populære studievalg blant nordmenn, ofte har begrenset vekt på allmennmedisin, trygdemedisin, samt kunnskap om primærhelsetjenesten, som er sentrale emner i norsk medisinutdanning. Studentene får liten trening på pasientkommunikasjon pga. språkbarrierer, og de får mindre kunnskap om norsk helsevesen, lover og tverrfaglig samarbeid. Utvalget kritiserte utdanningene for å være preget av skillet mellom preklinikk (teori) og klinikk (praksis), og de er dermed ikke i samsvar med

internasjonal utvikling innen medisintutdanning<sup>1</sup>, som støtter en modell der teori og praksis er integrert og bygger på hverandre gjennom studiet.

Utvalget anbefalte at kapasiteten i norsk medisintutdanning bør utvides betydelig, fra daværende 636 studieplasser til 1076, totalt 440 flere studieplasser. Utgangspunktet til utvalget er at Norge selv bør utdanne 80 pst. av legene vi har behov for, målt med utgangspunkt i Helsedirektoratets beregning av antallet LIS1-stillinger som trengs for å dekke helsetjenestens behov for leger (1 150 stillinger). Etter dialog med de medisinske fakultetene anbefalte utvalget at en slik kapasitetsøkning bør skje gjennom etablering av nye desentrale campus (ikke nye læresteder) utenfor universitetsbyene, for å inkludere en større del av helsetjenesten i medisintutdanning.

Utvalget anbefalte også å redusere Lånekassens økonomiske støtte til medisintutdanning i utlandet, parallelt med økning av studiekapasiteten i Norge. Dette fordi de fryktet overproduksjon av leger dersom antallet som reiser ut ikke reduseres i takt med at flere får studieplass i Norge.

I spørsmålet om det burde åpnes for gradsrett for flere enn dagens fire medisinske fakultet, var utvalget delt på midten. Utvalget var enige om at det ikke burde opprettes permanente treårige studiemodeller der studenter tas opp fra utlandet, men halvparten av utvalget mente slike ordninger kan være hensiktsmessig som en midlertidig ordning i påvente av en oppskalering til seksårig utdanning ved et nytt lærested.

## **2 Har vi et problem og hva kan vi oppnå?**

Norge har samlet sett tilstrekkelig tilgang på nyutdannede leger. De fleste legene som jobber i ulike deler av helsetjenestene holder på med spesialistutdanning eller er spesialist. Antall stillinger for første del av spesialistutdanningen for leger samsvarer fra 2023 med det som er vurdert å være helsetjenestens behov. På grunn av den store tilstrømmingen av utenlandskutdannede leger, har disse stillingene (LIS1) mer enn nok søkere. Antallet søkere til disse stillingene kunne isolert sett tilsi at det ikke er behov for å øke den nasjonale kapasiteten i medisintutdanningen generelt.

En økende andel av legene som får autorisasjon i Norge er utdannet i utlandet. I 2020 var 66 pst. av legene som fikk autorisasjon utdannet i utlandet. De fleste legene med utenlandsk utdanning er nordmenn, og de fleste av disse blir utdannet i enkelte øst-europeiske land, som Polen og Ungarn.

Det er et spørsmål om det er hensiktsmessig at en så stor andel av legene som Norge trenger utdannes i utlandet. Norges dekning av leger påvirkes av at det også i fortsettelsen vil være mulig for et stort antall nordmenn å studere medisin i enkelte EU-land.

---

<sup>1</sup>Cook M, Irby DM, O'Brien BC. [Educating physicians: a call for reform of medical school and residency](#). Stanford: The Carnegie Foundation for the Advancement of teaching, 2010

Tilgangen på leger samlet sett er tilstrekkelig. Samtidig er det enkelte rekrutteringsutfordringer i flere deler av landet, og da særlig i distriktene. Rekrutteringsutfordringene som tjenestene opplever, dreier seg først og fremst om andre forhold enn et behov for å øke antallet nyutdannede leger.

Forskning viser at en økning i den norske utdanningskapasiteten sannsynligvis kan innrettes på måter som bidrar til å redusere utfordringene som tjenestene opplever med å rekruttere leger i dag<sup>2</sup>.

Disse forholdene utdypes nedenfor.

## 2.1 Norge har tilstrekkelig tilstrømning av leger, mange utdannes i utlandet

Årlig uteksamineres det i gjennomsnitt 532 leger fra norske universiteter. En nyutdannet lege med cand. med.-grad kvalifiserer til autorisasjon som lege og kan søke om å starte spesialistutdanning. Spesialiseringsløpet for leger er delt inn i legespesialiseringsstillinger - LIS 1, 2 og 3. Helsedirektoratet har [anslått](#) at det er behov for 1 150 leger i første del av spesialiseringstillinger (LIS1) for å dekke helsetjenestens behov for leger. Grimstadutvalget brukte dette som referansepunkt for å evaluere hvor stor andel av leger som helsetjenesten har behov for, som utdannes i Norge. Utvalget tok utgangspunkt i at ti pst. faller fra studiet, og at fem pst. ikke går inn i klinisk arbeid etter endt utdanning. Det betyr at antallet studieplasser må være høyere enn behovsanslaget. Tabellen nedenfor inkluderer disse forutsetningene.

Studieplasser	Andel av behovet som utdannes i Norge
731 (2022-nivå)	54 %
1076 (+360)	80 %
1345 (+629)	100 %

Etter at kapasiteten i medisinstudiet sist ble økt i to omganger, først med 80 studieplasser ifm. revidert nasjonalbudsjett (RNB) 2020, deretter med 15 studieplasser i statsbudsjettet for 2022, utdanner vi om lag 54 pst. av legene helsetjenesten har behov for. Prosentene ovenfor tar utgangspunkt i Helsedirektoratets vurdering om at det er behov for 1150 LIS1-stillinger, samt innberegnet frafall på 15 pst.

Ca. 3000 norske medisinstudenter studerer i utlandet (2020). Dette utgjør 44 pst. av norske medisinstudenter. 2/3 av disse studerer i Polen, Ungarn og Slovakia. Norge utdanner få leger i eget land sammenliknet med mange OECD-land. Antallet norske medisinstudenter i utlandet har økt med 15 pst. mellom studieårene 2009/2010 og 2019/2020, men har fra 2015 til 2020 sunket med 7,5 pst. Utviklingen i antall medisinstudenter er muliggjort ved hjelp av en mangeårig politikk der bl.a. statlig studielån- og stipend har hatt som mål om å fremme internasjonal studentmobilitet.

---

<sup>2</sup> [Plan, recruit, retain: a framework for local healthcare organizations to achieve a stable remote rural workforce | Human Resources for Health](#)

Etterspørselen etter leger forventes å fortsette å øke i årene framover. For eksempel forventer den ferskeste framskrivningen av behovet for og tilgang på helsepersonell fram mot 2035, den såkalte Helsemod (SSB, Rapporter [2019/11](#)), at tilgangen på nye leger fortsatt vil være stor i årene framover og at markedet vil absorbere en vekst til over 36 000 årsverk i 2035. SSB forventer omtrent balanse mellom tilbud og etterspørsel, eller en lett overproduksjon av leger i årene framover, hvis utviklingen fortsetter som den har gjort de siste årene. Dette er modellbaserte teoretiske framskrivninger. Framskrivningene er på nasjonalt nivå og tar ikke høyde for eventuelle geografiske ulikheter.

## 2.2 En høy andel av legene er utdannet i utlandet

Norge er avhengig av å rekruttere leger utdannet i utlandet for å dekke behovet for leger i tjenestene. Tall fra OECD for 2020 viser at om lag 41 pst. av det totale antallet leger i Norge har utenlandsk utdanning<sup>3</sup>. Dette er økning fra 2010 da andelen var på cirka 34 pst. Årsaken til dette er at det hvert år blir gitt betydelig flere autorisasjoner til utenlandskutdannede leger enn til norskutdannede leger. Tall fra Helsedirektoratet viser at det i 2020 ble tildelt 1 631 autorisasjoner til leger<sup>4</sup>. Kun om lag 34 pst. av disse var utdannet i Norge.

I tillegg til at mange nordmenn studerer medisin i utlandet, påvirker også forhold som lønnsnivå, velferdsordninger mv. rekrutteringen til arbeid i norsk helsetjeneste, som er en del av et internasjonalt arbeidsmarked. EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv fra 2005, som ble innlemmet i EØS-avtalen med virkning fra 1. juli 2009, innførte en ordning med automatisk godkjenning av yrkeskvalifikasjonene til enkelte yrkesgrupper, blant annet leger, som har bidratt til at flere har nordmenn har studert medisin i utlandet.

Avhengigheten av utenlandskutdannende leger kan påvirke Norges rekruttering av leger. Endringer i reguleringer eller i de utenlandske utdanningene kan ha betydning for tilgangen på leger. EØS-regelverket har regler for godkjenning av yrkeskvalifikasjonene til leger, og tilgangen på leger i Norge kan påvirkes av endringer i og fortolkningene av dette. I tillegg vil eventuelle endringer i hvilke land som er medlem av EU kunne ha betydning for tilgangen på leger i Norge. Dette har blitt eksemplifisert ved Storbritannias uttrede. Det vil nå bli vanskeligere for britiskutdannede leger å få sin utdanning godkjent i Norge.

Flere aktører mener den lave andelen norskutdannede leger kan ha innvirkning på kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene.

EU har definert harmoniserte minstekrav til medisinutdanningene. Samtidig har landene fortsatt et stort handlingsrom til å tilpasse medisinutdanningene til nasjonale behov eller å legge de nasjonale kravene til medisinutdanningen på et høyere nivå enn det som følger av EU-regelverket. Grimstadutvalgets rapport, og en rekke av høringsinnspillene til rapporten, viste at en rekke sentrale aktører mener de norske medisinutdanningene kvalitativt sett holder et høyere nivå eller er innrettet på en måte som gjør at norskutdannede leger har en kompetanseprofil som er mer i tråd med behovene i tjenestene.

---

<sup>3</sup> [Health Workforce Migration : Foreign-trained doctors by country of origin - Stock \(oecd.org\)](#)

<sup>4</sup> [Statistikk autorisert helsepersonell - Helsedirektoratet](#)

Departementets dialog med de medisinske fakultetene viser at institusjonene er opptatte av at de norske medisinstudenter skal være tilpasset behovene i tjenestene. I tillegg ble medisinstudenter nylig innlemmet i RETHOS, og 1. februar 2020 trådte en egen retningslinje for medisinstudenter i kraft. Retningslinjen, som er utarbeidet av representanter fra utdanningsinstitusjonene og tjenestene, innebærer at kravene til sluttkompetanse fra norskutdannede leger er oppdatert og tilpasset tjenestenes kompetansebehov, herunder vektlegges utvikling av kompetanse innen samhandling mellom tjenestenivåer, kvalitet, pasientsikkerhet, tverrfaglig samarbeid mv.

Dette betyr at de norske utdanningene reflekterer utviklingen i tjenestene. For eksempel har Norge en desentralisert helsetjeneste hvor flere komplekse oppgaver nå ivaretas av den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og dette stiller krav til legenes kompetanse. Følgelig har det blitt økt vektlegging på allmennmedisin i de norske medisinstudenter, herunder retningslinjen for medisin, noe som har ført og vil føre til at legene som utdannes i Norge har økt kompetanse på dette området.

Samtidig er det fordeler ved at studentene får internasjonal erfaring og bringer kunnskap fra andre fagmiljøer til Norge. Utenlandske leger utdannes også til en lavere kostnad enn i Norge på to måter. Norske studenter som studerer i medisin i utlandet koster relativt sett mindre å utdanne enn tilsvarende i Norge og utenlandske leger som kommer til Norge for arbeid, der Norge ikke har hatt utgifter til utdanningen.

### **2.3 Rekruttering til distriktene**

Det er flere steder vanskelig å rekruttere og beholde leger og legespesialister. Det er rekrutteringsutfordringer i både kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Kommunene opplever mangel på allmennleger, mens sykehusene har rekrutteringsutfordringer innenfor en rekke medisinske spesialiteter – som det er 46 av i alt. Rekrutteringsutfordringene har en negativ påvirkning på tjenestetilbudet, og bidrar til økt bruk av vikarer og kortere engasjementer i tjenestene.

Siden vi i Norge har tilstrekkelig tilgang på nyutdannede leger, vil ikke en økning av den norske utdanningskapasiteten i seg selv føre til noen løsning på rekrutteringsutfordringene i tjenestene. Men forskning viser at innretning og lokalisering av utdanning kan være et virkemiddel som kan bidra til å redusere rekrutteringsutfordringer.

Dersom flere leger gjennomfører en del av legeutdanningen i distrikt, kan dette bidra til å løse rekrutteringsutfordringene. Nasjonalt senter for distriktsmedisin sitt [notat til demografiutvalget](#) viser til studier der det rapporteres at leger med bakgrunn fra distrikt, er mer tilbøyelige til å praktisere i distrikt etter endt utdanning. Notatet fremhever videre studier som viser hvordan distriktserfaring i utdanningen gir økt rekruttering av leger til distrikt. Senteret viser også til en undersøkelse av arbeidssted for 34 lege-årskull utdannet ved Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet. Den viste at en betydelig høyere andel av disse legene arbeidet i primærhelsetjenesten enn gjennomsnittet blant norske leger, de fleste i Nord-Norge. Dette kan ha sammenheng med at UiT har en egen opptakskvote der 60 pst. av studieplassene på medisinstudiet er reservert søkere med nordnorsk tilknytning, og at UiT bruker desentrale studiemodeller i utdanning av leger.

Utdanningsinstitusjonene og de regionale helseforetakene har foreslått å øke kapasiteten gjennom en satsing primært på desentrale studiemodeller. Kapasiteten i studiebyene er nær fullt utnyttet, og er ikke stor nok for en ny betydelig økning (se kap. 4). Med desentrale studiemodeller er det mulig å utnytte større deler av helsetjenesten som praksisarena.

Det er tverrpolitisk enighet om høye ambisjoner for gode forskningsmiljøer i Norge. Forskningsrådet gjorde en større gjennomgang av biologisk, medisinsk og helsefaglig forskning i Norge i 2011. I denne rapporten ble det påpekt at Norge har et fragmentert forskningslandskap, og at medisinske forskningsmiljø på flere områder er små og sårbare. En sideeffekt av kapasitetsøkning innen medisintutdanning kan være at fagmiljøene ved universitetene styrkes.

## **2.4 Forholdet mellom utdanningskapasiteten i Norge og de som reiser ut**

Det er usikkert hvordan økning av utdanningskapasiteten i medisin i Norge vil påvirke antallet som reiser ut for å studere medisin i utlandet. I verste fall kan økt kapasitet i Norge kombinert med vekst i antall medisinstudenter i utlandet føre til at mange flere søkere til LIS1-stillinger ikke får tilslag. Det er lite trolig at økt antall studieplasser i Norge umiddelbart vil føre til reduksjon i antallet som reiser ut. Karaktersnittet for opptak ved mange av de utenlandske institusjonene er vesentlig lavere enn ved de norske universitetene, noe som kan indikere at det ikke er de samme gruppene som konkurrerer om studieplasser i Norge og i utlandet. I Norge vil det antakelig være de "nest flinkeste", med høyt karaktersnitt, som vil komme inn på studiet ved en økning. Det kan bety at det er ulike studentsegmenter som påvirkes av hverandre i begrenset grad. På en annen side viser erfaringer fra andre studieprogram at studenter raskt tilpasser studievalg etter utsiktene i arbeidsmarkedet (for eks. petroleumsfag). Mellom 2015-2020 har antallet norske medisinstudenter i utlandet sunket med 7,5 pst., og kan indikere at studentene har fått med seg at det er krevende å få LIS1-stilling. Dersom denne trenden fortsetter, vil dette ha betydning for den samlede tilgangen på leger i Norge, og vil kunne bidra til å redusere en eventuell risiko for overproduksjon av leger ved en kapasitetsøkning i Norge.

For å redusere risikoen for overproduksjon av leger foreslo Grimstadutvalget bl.a. at økt nasjonal utdanningskapasitet burde følges av parallell reduksjon i antallet som gis rett studiestøtte for å studere medisin i utlandet.

## **2.5 Om leger i spesialisering (LIS)**

Antallet LIS1-stillinger dimensjoneres ut i fra helse- og omsorgstjenestens behov for spesialister. Helsedirektoratet fikk i tildelingsbrevet for 2018 i oppdrag å gjøre en vurdering av dimensjoneringen av antallet LIS1-stillinger. I rapporten IS-2802 *Vurdering av antall LIS1-stillinger* fra 2019 anbefalte direktoratet at det ble opprettet 200 nye stillinger. En slik økning ville innebære at det samlede antallet utlyste LIS1-stillinger per år økte fra 950 til 1 150 stillinger.



I etterkant av direktoratets rapport har det blitt gjennomført flere økninger av antallet LIS1-stillinger. Samlet sett har det blitt opprettet eller foreslått opprettet 200 nye stillinger i statsbudsjettene for hhv. 2020, 2021 og 2022. Fra 2023 vil det bli utlyst cirka 1 150 stillinger hvert år.

Det foreligger ingen informasjon eller innspill som tilsier at tjenestene har behov for flere LIS1-stillinger utover anbefalingen til direktoratet fra 2019, eller at det er nødvendig å vurdere spørsmålet på nytt. Departementet tar derfor utgangspunkt i at 1 150 årlige LIS1-stillinger samsvarer med tjenestes behov for legespesialister.

LIS1-stillingene lyses ut to ganger i året, på våren og høsten. Høsten 2020 var det 969 søkere til 474 LIS1-stillinger. 35 pst. av søkerne hadde utdanning fra Norge. 51 pst. av søkerne hadde utdanning fra et annet EØS-land enn Norge, og 14 pst. hadde utdanning fra land utenfor EØS. Av de tilsatte hadde 51 pst. utdanning fra Norge. 44 pst. hadde utdanning fra et annet EØS-land og 5 pst. hadde utdanning fra et land utenfor EØS. I 2020 fikk om lag 50 pst. av søkerne til LIS1-stillinger tilbud om stilling.

Det har vært en reduksjon på 7,5 pst. i antallet medisinstudenter i utlandet de siste fem årene. Dette blir gjenspeilet i søkningen til LIS1-stillinger.

Fortsetter nedgangen i antallet som studerer medisin i utlandet, kan det være at en økning i den norske utdanningskapasiteten i hvert fall delvis blir absorbert av behovet som oppstår som følge av nedgangen i antallet utenlandsstudenter. Men dette er usikkert, og sannsynligvis vil det også i fortsettelsen være langt flere søkere enn det er ledige LIS1-stillinger. HOD vurderer også for tiden forslag til tiltak fra Helsedirektoratet som skal bidra til bedre gjennomstrømming i LIS1-ordningen.

### **3 Medisinutdanning, akkreditering og gradsrettigheter**

I dette kapittelet skal vi klargjøre hvorfor medisinutdanningen er seksårig, samt sammenhengen mellom dagens system for akkreditering og gradsrettigheter, og alternative studiemodeller.

#### **3.1 Cand. med. og utdanningens lengde**

Departementet har vurdert alternative studiemodeller. Universitetet i Stavanger (UiS) sitt forslag om treårig medisinutdanning er en slik alternativ studiemodell. I lys av dette vil departementet redegjøre for bakgrunnen for medisinutdanningens lengde, og sammenhengen med gradssystemet.

Medisinutdanningen i Norge er en integrert, seksårig utdanning.

I St. meld. Nr. 27 (2000-2001) *Gjør din plikt – krev din rett* fremgår det at den nye gradsstrukturen bestående av en treårig lavere grad kalt bachelor og en toårig høyere grad kalt master skulle innføres for de fleste utdanninger, men at enkelte profesjonsutdanninger skulle beholde sine enhetlige studieløp på fem/seks år. Stortinget sluttet seg i Innst. S. nr. 337 til

vurderingen av at enkelte profesjonsutdanninger skulle vurderes særskilt, og ba departementet komme tilbake til Stortinget på dette punktet. Som en oppfølging av punktet om profesjonsutdanningene la regjeringen frem en egen stortingsmelding om unntak fra ny gradsstruktur, St. meld. nr. 11 (2001-2002) *Kvalitetsreformen Om vurdering av enkelte unntak fra ny gradsstruktur i høyere utdanning*. I stortingsmeldingen foreslo departementet at enkelte utdanninger, herunder cand. med., fortsatt skulle være integrerte løp, og Stortinget sluttet seg med noen få unntak til departementets vurdering gjennom Innst. S. nr 188 (2001-2002). I behandlingen av stortingsmeldingen og den påfølgende innstillingen fra komitéen vedtok Stortinget hvilke utdanninger som skulle kunne fortsette som helhetlige integrerte utdanninger som enten førte frem til graden master eller én av gradsbetegnelse fra det tidligere gradssystemet slik som cand.med., cand.psychol. osv. Graden kandidata/candidatus medicinae (cand.med.) er knyttet til en utdanning med normert studietid seks år.

### **3.2 Studiemodeller ved de eksisterende medisinerutdanningene**

Dagens medisinerutdanninger er i hovedsak basert på studiemodeller bestående av en kombinasjon av undervisning i de store studiebyene, og praksisopphold rundt om i helseregionen universitetet befinner seg i. Flere lokalsykehus er i bruk på denne måten. Noen universiteter har også desentrale studiemodeller der en andel av kullet gjennomfører både praksis og undervisning desentralt i perioder av studiet. NTNU har en slik modell, der studentene har base i Levanger. UiT har en modell der studentene enten er i Bodø eller forskjellige steder i Finnmark.

Dagens medisinerutdanninger bygger på integrasjon av teori og praksis gjennom såkalt spirallæring, fremfor den tidligere utbredte inndelingen av utdanningen i en preklinisk teoretisk del og en praksistung klinisk del, som to separate bolker.

### **3.3 Etablering av nye profesjonsutdanninger**

Universiteter og høyskoler kan selv akkreditere nye studietilbud i samsvar med sine faglige fullmakter (jf. uhl § 3-3). Utdanningsinstitusjonenes fullmakt begrenses imidlertid av gradsforskriften. Gradsforskriften regulerer hvilke grader hver enkelt utdanningsinstitusjon kan utstede.

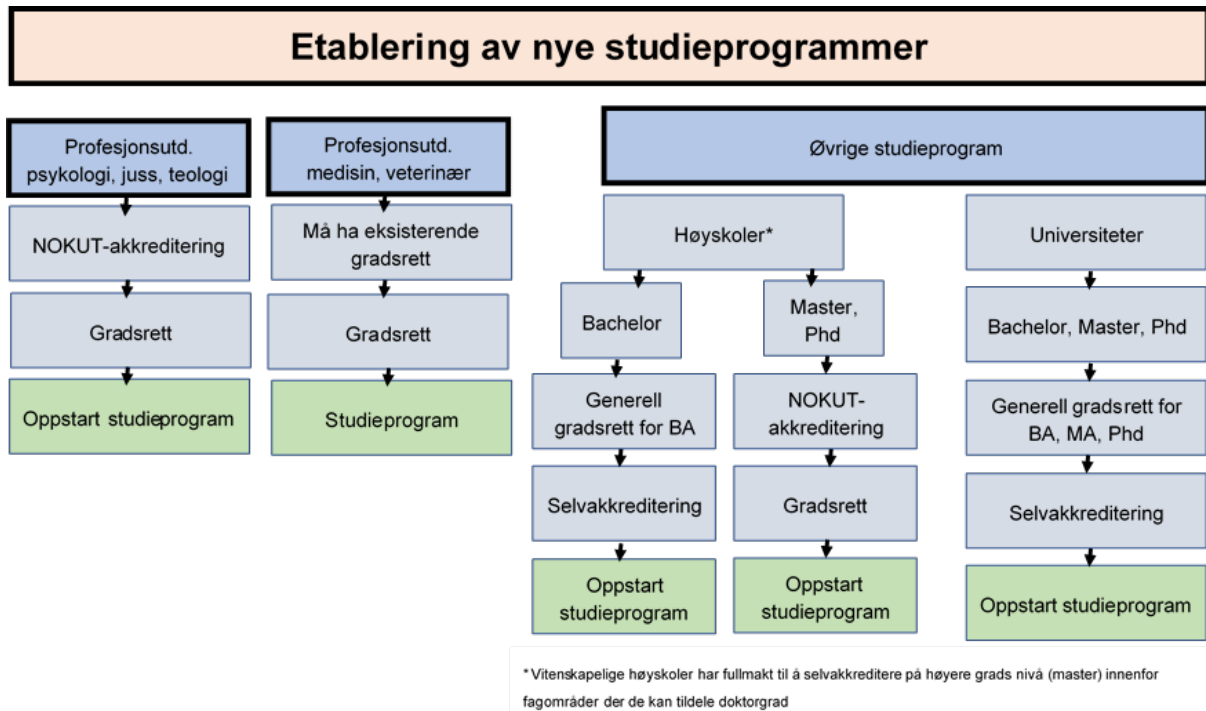
Kvalitetsreformen i 2003 etablerte en tottrinns prosess for godkjenning av nye studieprogrammer. Studieprogrammet akkrediteres, enten av egen institusjon eller av NOKUT, for å sikre den akademiske kvaliteten og relevansen for arbeidslivet. Deretter må institusjonen, dersom den ikke har rett til å tildele den relevante graden, søke KD om dette slik at gradsforskriften kan endres.

Selv om universiteter er selvakkrediterende har endringer i gradsforskriften for å gi gradsrett for enkelte profesjonsutdanninger vært politisk betinget. Bl.a. fordi det har vært ønskelig å begrense nyetableringer på bakgrunn av:

- 1) ekstraordinært kostnadsnivå i medisin og veterinærmedisin,
- 2) behov for å unngå for store variasjoner i sluttkompetanse, blant annet fordi regulering av yrkesutøvelse hviler på de aktuelle gradene,

3) behov for en helhetlig samordning av knappe fag- og forskningsressurser.

I Meld. St. 19 (2020-2021) *Styring av statlige universiteter og høyskoler* (styringsmeldingen) fremgår det at universiteter og høyskoler som får akkreditert et studietilbud i de særskilte profesjonsutdanningene i psykologi, rettsvitenskap og teologi, vil få rett til å tildele graden. Forutsetningen er at studieprogrammet først må bli akkreditert av NOKUT. Det ble ikke åpnet for gradsrett for cand.med.



### 3.4 Akkreditering av alternative studiemodeller ved Universitetet i Stavanger

UiS ønsker å etablere en treårig medisinutdanning, med seksårig medisinutdanning som mål på sikt. UiS har presentert to alternativer for en treårig studiemodell i medisin.

*Samarbeidsmodellen* baserer seg på et samarbeid om fellesgrad med Universitetet i Bergen (UiB), der graden utstedes av UiS og UiB sammen og der hvert universitet er ansvarlige for hver sin del av et seksårig studium. UiB er åpen for samarbeid om utdanning, men UiS ønsker kun et samarbeid der de oppnår gradsrett. UiB ønsker ikke at UiS skal få gradsrett siden det innebærer etablering av en ny medisinutdanning og konkurranse om praksisplasser i Helse Vest RHF.

*Utenlandsmodellen* baserer seg på at norske medisinstudenter som har gjennomført tre år med medisinutdanning i utlandet, skal kunne søke opptak ved UiS, og ved opptak kunne gjennomføre et treårig studieprogram der. Modellen innebærer at de tre årene ved UiS supplerer de tre årene studenten har gjennomført i utlandet, og at disse til sammen skal utgjøre en seksårig medisinutdanning. Modellen åpner også for opptak av studenter fra norske universiteter, selv om UiS har oppgitt at dette ikke er primærmålgruppen.

UiS har i denne modellen ingen planer om å avtalefeste et samarbeid med andre universiteter. Dersom UiS alene skal utstede cand.med.-graden byr dette på noen utfordringer knyttet til gradsrett. UiS vil i praksis innpasse de tre årene studenten har fullført i utlandet, i et medisinstudium ved UiS. Problemet er at UiS da godskriver utdanning de ikke har faglig akkreditering for å godkjenne. En løsning der et universitet godkjenner og innpasser utdanning som det ikke har faglig kompetanse for å godkjenne, er ikke i tråd med det gradssystemet Stortinget har sluttet seg til.

## 4 Muligheter for økt utdanningskapasitet i medisin

Departementet har bedt universitetene og de regionale helseforetakene om å beregne kostnader for økning av utdanningskapasiteten. De regionale helseforetakene ble bedt om å gjøre vurderinger av muligheter og kostnader for å kunne ivareta praksisdelen av medisinstudiet ved utvidet kapasitet. Alternativer for økning er jobbet frem i dialog med de ansvarlige virksomhetene, med utgangspunkt i hva de selv mener er mulig og hensiktsmessig. Med unntak av UiT/Helse Nord RHF, har universitetene og helseforetakene levert kostnadsberegninger for to alternativer for økning. Grimstadutvalget foreslo 440 nye studieplasser fra 2019-nivået. Det kom 80 studieplasser ifm. RNB 2020 og Stortinget har vedtatt å etablere 15 nye studieplasser til UiT i 2022. Alternativene med størst økning utgjør samlet 385 nye studieplasser fra 2021-nivået.

Alternativene med minst økning utgjør samlet 211 nye studieplasser fra 2021-nivået. Alternativene innebærer relativt store økninger i utdanningskapasiteten sammenlignet med dagens nivå. Det ble i Grimstadutvalgets utredning pekt på at dagens kapasitet utnytter nåværende bygningsmasse, infrastruktur og studie- og praksismodeller nærmest fullt ut. Små økninger vil ifølge universitetene uansett utløse behov for endringer i studiets oppbygning og betydelige investeringer i nye arealløsninger.

Både universitetene og de regionale helseforetakene mener at det er nødvendig å benytte desentrale modeller ved økt kapasitet. De påpeker samtidig at det gir økte kostnader fordi det må legges til rette for å kunne gjennomføre mer av undervisningen på nye steder eller utvide eksisterende kapasitet på steder som tilbyr noe desentralisert undervisning i dag.

Universitetene og helseforetakene har for enkelte utgiftsposter benyttet ulike satser, for eksempel for kostnaden for et vitenskapelig årsverk. Universitetene (og foretakene) har kommet frem til satsene basert på gjennomsnitt ved egen institusjon. Ved vesentlige og/eller urimelige avvik har departementet bedt om en nærmere redegjørelse, og mottatt dette. Ulike beregninger utgjør et usikkerhetsmoment.

Kostnadene ved å utdanne en medisinstudent i Norge er betydelig høyere enn om studenten tar medisinstudiet i utlandet. Dersom vi kun ser på kostnadene ved å utdanne en medisinstudent gjennom studieplassfinansieringen utgjør totalkostnaden for én medisinstudent i underkant av 3 mill. kroner. I tillegg kommer kostnader til investeringer i areal og kostnader i helseforetakene. Til sammenligning består utgiftene til en norsk lege utdannet i utlandet av utdanningslån og -stipend, som summert utgjør 246 000 kroner.

## 4.1 Økt kapasitet ved eksisterende medisinutdanninger

### 4.1.1 Østlandet: Universitetet i Oslo (UiO) og Helse Sør-Øst RHF

<b>Kostnader UiO</b>		
<b>Årlige kostnader (fullt opptrappet)</b>	<b>+100</b>	<b>+210</b>
Vitenskapelige årsverk	121 512 576	255 176 409
Tekniske årsverk	40 734 313	85 542 056
Administrative årsverk	45 592 771	95 744 819
Praksis i primærhelsetjenesten	15 345 000	32 224 500
Arealer	-	-
Driftsmidler forskning	9 146 875	19 208 438
TDI/diverse kostnader*	29 371 070	61 679 246
<b>Sum årlige kostnader UiO</b>	<b>261 702 605</b>	<b>549 575 468</b>
<b>Engangsinvesteringer</b>	<b>+100</b>	<b>+210</b>
Nye areal/ombygging	84 000 000	527 100 000
Utstyr/diverse investeringer	50 000 000	100 000 000
<b>Sum engangsinvesteringer UiO</b>	<b>134 000 000</b>	<b>627 100 000</b>

<b>Kostnader Helse Sør-Øst RHF</b>		
<b>Årlige kostnader</b>	<b>+100</b>	<b>+210</b>
Vitenskapelig årsverk	41 731 200	86 360 400
Administrative årsverk	8 590 500	18 009 000
Praksis	21 680 000	45 368 000
Arealer	21 133 125	44 226 000
Drift av ferdighets- og simuleringskostnader	20 100 000	20 100 000
Andre kostnader*	2 000 000	4 200 000
<b>Sum årlige kostnader HSØ RHF</b>	<b>115 234 825</b>	<b>218 263 400</b>

\*Arbeidsantrekk, tilgang til IKT-systemer/lisenser, forbruksmaterieill, etc

#### Kostnader UiO

UiO er positive til å øke antall studieplasser og har redegjort for to modeller for økning på hhv. 100 og 210 nye studieplasser per år. UiO utdanner i dag om lag en tredjedel av medisinstudentene i Norge. Med tildelingen av 20 nye studieplasser i 2020 har UiO totalt 240 studieplasser per år fordelt på to opptak i året (120+120), med oppstart i august og januar. Det innebærer totalt 1 440 studenter under utdanning i seks år. Med en økning på 100 eller 210 studieplasser vil UiO ha henholdsvis 2 040 eller 2 700 studenter.

UiO peker på at en økning i studieplasser vil bety en bedre utnyttelse av Helse Sør-Øst som undervisningsarena for medisinstudenter. Økt antall studenter vil også medføre en økning på hhv. 92 og 192 vitenskapelige stillinger, noe som vil gi en betydelig styrking av forskningsaktiviteten innenfor de medisinske fagfeltene både ved UiO og Helse Sør-Øst.

I tillegg til undervisningen på OUS og Ahus har UiO studenter på Sykehuset Innlandet, Vestre Viken, Østfold sykehus, Sykehuset i Vestfold, Telemark sykehus og Sørlandet sykehus. I 2020 inngikk UiO en intensjonsavtale med Sørlandet sykehus om å opprette en desentralisert campus, UiO Campus Sør. UiO planlegger også å opprette ytterligere en desentralisert campus ved Sykehuset Innlandet.

#### *Alternativ 1:*

En økning til 340 studieplasser gir to årlige kull på 170 studenter. Det vil kreve ombygging av bygg for basalmedisin (Domus Medica). Det medfører investeringskostnader til arealer og utstyr på totalt 134 mill. kroner (engangsutgift) i tillegg til kostnader til personell, praksis mm. på totalt 261,7 mill. kroner. UiO opplyser at klinisk undervisning primært vil foregå på OUS og Ahus, samt på campus Sør og campus Innlandet. Praksisperiodene gjennomføres med økt bruk av sykehusene i Helse Sør-Øst, mens det for primærhelsetjenesten vil være behov for en ny praksismodell for å ta i bruk hele kommunehelsetjenesten.

#### *Alternativ 2:*

En økning til 450 studieplasser gir to årlige kull på 225 studenter. Dette alternativet krever påbygg av Domus Medica eller lokaler i nybygg på Blindern. Det medfører investeringskostnader til arealer og utstyr på totalt 627,1 mill. kroner. Klinisk undervisning vil primært foregå på OUS og Ahus, sykehus i/nær Oslo, samt Campus Sør og Campus Innlandet. Praksisperiodene gjennomføres med økt bruk av sykehusene i Helse Sør-Øst og en ny praksismodell for kommunehelsetjenesten.

#### *Usikkerhetsmomenter:*

- Arealer

UiO opplyser at Campus Sør og Campus Innlandet er under oppbygging og at arealbehovene ikke er avklart. De opplyser at det vil være behov for undervisningsrom, grupperom, lesesalsplasser og garderober. Det er ikke beregnet kostnader for disse arealene og størrelsen på kostnaden vil avhenge av om arealene skal dekkes gjennom nybygg eller leie. Det er ikke planlagt at det nye Livsvitenskapsbygget skal benyttes til utdanning av medisinstudenter. Vi må legge til grunn at kostnadene til arealer vil være høyere enn det som fremgår i tabellen over.

#### Kostnader Helse Sør-Øst RHF

Helse Sør-Øst er bedt om å vurdere økning på hhv. 100 studieplasser og 210 studieplasser, og stiller seg positive til forslaget om å utdanne flere leger i Norge. De viser til at de i dag har det laveste antall studieplasser per innbygger og at det derfor er rimelig at de øker antall studieplasser i medisin.

Helse Sør-Øst har inngått intensjonsavtale for vurdering av mulig campus på Sørlandet. Også Innlandet vil bli vurdert, hvor det planlegges for bygging av nytt sykehus. Østfold har gitt tilbakemelding på at de kan bidra til flere campusløsninger i regionen.

Spesialisthelsetjenesten har hatt gode erfaringer med desentrale studiemodeller, samtidig innebærer det betydelige merkostnader. Konsekvensene av å legge studieplassene til nye sykehus utløser merkostnader til både areal og personell.

Helse Sør-Øst har ikke oppgitt kostnader til engangsinvesteringer.

*Alternativ 1:*

En økning på 100 studieplasser anslås å koste totalt 115,2 mill. kroner.

*Alternativ 2:*

En økning på 210 studieplasser anslås å koste totalt 218,3 mill. kroner

*Usikkerhetsfaktorer:*

- Arealer

Helseforetaket opplyser at kostnaden til areal vil avhenge om areal er tilgjengelig innenfor dagens bygningsmasse, om det må bygges nytt eller leies. Samtidig opplyser de at areal er en knapphetsfaktor ved sykehusene i dag, og at det derfor vil være behov for å etablere nye areal, både for å håndtere kapasitetsøkning ved eksisterende sykehus og areal til personell. Helse Sør-Øst har i sine beregninger lagt til grunn at nytt areal skal dekkes gjennom leie og en husleiepris på 3 750 kroner per kvadratmeter. Siden helseforetaket indikerer at det er behov for å bygge nytt og det er dyrere enn å kun leie arealer, legger departementet til grunn at kostnadene til areal vil øke.

- Simuleringsutstyr

Helse Sør-Øst antar at etableringskostnader for simuleringsenheter vil tilsvare henholdsvis 50 mill. kroner og 100 mill. kroner, altså det samme som UiO har spilt inn. Departementet forutsetter at utgifter til dette ikke vil tilfalle både helseforetaket og UiO, og inkluderer derfor ikke disse utgiftene i kostnadsoverslaget for Helse Sør-Øst.

#### 4.1.2 Vestlandet: Universitetet i Bergen (UiB) og Helse Vest RHF

<b>Kostnader UiB</b>		
<b>Årlige kostnader (fullt opptrappet)</b>	<b>+50</b>	<b>+100</b>
Vitenskapelig årsverk	56 907 000	113 814 000
Teknisk årsverk	14 181 000	21 272 000
Administrativ årsverk	11 345 000	22 690 000
Praksis i primærhelsetjenesten	7 656 000	15 312 000
Arealer	21 213 000	34 356 000
Driftsmidler	12 453 000	21 355 000
TDI*	15 091 000	29 538 000
<b>Sum årlige kostnader UiB</b>	<b>138 846 000</b>	<b>258 337 000</b>
<b>Engangsinvesteringer</b>	<b>+50</b>	<b>+100</b>
Nye areal/ombygging	334 500 000	334 500 000
Utstyr/diverse investeringer	67 000 000	67 000 000
<b>Sum engangsinvesteringer UiB</b>	<b>401 500 000</b>	<b>401 500 000</b>

<b>Kostnader Helse Vest RHF</b>		
<b>Årlige kostnader</b>	<b>+50</b>	<b>+100</b>
Vitenskapelig årsverk	20 865 600	41 731 200
Administrativ årverk	4 295 250	8 590 500
Praksis	10 840 000	21 680 000
Arealer	10 566 563	21 133 125
Andre kostnader	1 000 000	2 000 000
<b>Sum årlige kostnader HV RHF</b>	<b>47 567 413</b>	<b>95 134 825</b>

#### Kostnader UiB

UiB er positive til å øke antall studieplasser og har redegjort for to modeller for økning på hhv. 50 og 100 nye studieplasser per år basert på modellen Vestlandslegen. UiB utdanner i dag om lag 27 pst. av medisinstudentene i Norge. Med tildelingen av 20 nye studieplasser i 2020 har UiB totalt 185 studieplasser per år. Det innebærer totalt 1 110 studenter under utdanning i seks år. Med en økning på 50 eller 100 studieplasser vil UiB ha henholdsvis 1 410 eller 1 710 studenter.

Medisinstudiet ved UiB er basert på en modell der flestparten av studentene i løpet av studiet sendes til Helse Stavanger (Stavanger universitetssykehus), Helse Fonna (Haugesund sjukehus) og Helse Førde (Førde sentralsjukehus) for å gjennomføre praksisperioder i spesialisthelsetjenesten (4-8 ukers perioder i semestrene).

UiB viser til at en opptrapping må være på minst 50 studieplasser for å kunne forsvare utbygging av nødvendig infrastruktur i form av areal, utstyr og personale ved campusene i



Bergen, Førde, Haugesund og Stavanger. Utbygging utover 50 studieplasser vil kun kreve moderat utbygging.

En utvidelse krever nye løsninger når det gjelder pedagogikk, studentlogistikk, arealer og ressursbruk. UiB planlegger for å videreutvikle Vestlandslegen med etablering av nye campuser. UiB ønsker å videreutvikle Vestlandslegen fra en praksisperiodebasert ordning til en fullskala studieordning. Studentene skal med ny modell gjennomføre de tre første studieårene i Bergen og i de tre siste årene skal de ha et fullverdig og varig studietilbud i Stavanger, Haugesund eller Førde.

*Alternativ 1:*

En økning på 50 studieplasser utgjør til sammen 138,8 mill. kroner per år. I tillegg kommer investeringskostnader til arealer og utstyr på 401,5 mill. kroner.

*Alternativ 2:*

En økning på 100 studieplasser utgjør til sammen 258,3 mill. kroner per år. I tillegg kommer investeringskostnader på 401,5 mill. kroner.

*Usikkerhetsmomenter:*

- **Arealer:**

Beregningene for areal er usikre. UiB har lagt til grunn standard normer og måltall. UiB baserer seg på arealer gjennom leie eller eventuelt nybygg i Bergen, og leie av arealer i Stavanger, Haugesund og Førde. Kostnader til nytt bygg vil være større enn å leie eksisterende arealer. Det er derfor vanskelig å si hvor mye arealer i Bergen vil koste. Kostnader til arealer kan potensielt ligge en del høyere enn det UiB har beregnet.

Kostnader Helse Vest RHF

Helse Vest har beregnet at kostnaden ved å øke antall studieplasser utgjør 270 000 kroner per år per student. Det tilsvarer 13,5 mill. kroner for 50 studenter og 27 mill. kroner for 100 studenter. Det er betydelig lavere enn det de øvrige helseforetakene har beregnet. Helse Sør-Øst har anslått at kostnadene ved å øke med 100 studenter utgjør 115,2 mill. kroner. Det er 88,2 mill. kroner mer enn det Helse Vest har oppgitt for 100 studenter. I og med at Helse Vest er det eneste helseforetaket som ikke har spesifisert kostnadene til personell, arealer, praksis mm., men kun oppgitt enhetskostnad per student, mener Departementet at beregningen fra Helse Vest ikke direkte kan legges til grunn. Ut fra det de øvrige Helseforetakene har oppgitt, er det grunn til å anta at kostnadene til hhv. 50 og 100 studenter vil utgjøre om lag 47,6 og 95,1 mill. kroner.

I tabellen over har vi lagt inn tilsvarende kostnader som Helse Sør-Øst har oppgitt (korrigert for antall studenter), uten kostnader til drift av ferdighets- og simuleringsenheter.

Helse Vest har ikke oppgitt kostnader til engangsinvesteringer.

#### 4.1.3 Midt-Norge: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) og Helse Midt-Norge RHF

<b>Kostnader NTNU</b>		
<b>Årlige kostnader (fullt opptrappet)</b>	<b>+31</b>	<b>+45</b>
Vitenskapelige årsverk	45 059 266	61 956 491
Tekniske årsverk	5 382 158	6 919 918
Administrative årsverk	9 995 437	13 839 835
Praksis i primærhelsetjenesten	2 828 922	4 082 000
Arealer	25 353 968	31 495 174
Diverse kostnader*	3 022 000	4 089 250
<b>Sum årlige kostnader NTNU</b>	<b>91 641 751</b>	<b>122 382 668</b>
<b>Engangsinvesteringer</b>	<b>+31</b>	<b>+45</b>
Nye areal/ombygging	75 000 000	75 000 000
Utstyr/diverse investeringer	30 000 000	30 000 000
<b>Sum engangsinvesteringer NTNU</b>	<b>105 000 000</b>	<b>105 000 000</b>

\* Utstyr, drift kurs, reise og opphold, eksamener.

<b>Kostnader Helse Midt-Norge RHF</b>		
<b>Årlige kostnader</b>	<b>+31</b>	<b>+45</b>
Vitenskapelig årsverk	13 788 114	18 958 698
Administrative årsverk	1 600 000	2 200 000
Praksisveiledning	8 370 517	12 149 550
Arealer	1 980 000	2 838 750
Andre kostnader	620 000	900 000
<b>Sum årlige kostnader HMN RHF</b>	<b>26 358 631</b>	<b>37 046 998</b>

\*It -utstyr, tilgangsadministrasjon, arbeidsantrekk, renhold og forbruksmateriell.

#### Kostnader NTNU

NTNU er positive til en økning av kapasitet og har redegjort for to modeller for økning på hhv. 31 og 45 nye studieplasser per år. NTNU utdanner i dag om lag 21 pst. av medisinstudentene i Norge. Med tildelingen av 20 nye studieplasser i 2020 har NTNU totalt 155 studieplasser per år fordelt på to opptak. Det innebærer totalt 930 studenter under utdanning i seks år. Med en økning på 31 eller 45 studieplasser vil NTNU ha henholdsvis 1 116 eller 1 200 studieplasser.

NTNU tilbyr et desentralisert studieløp for noen studenter. Den praktisk-kliniske undervisningen skjer i all hovedsak ved Helse Nord-Trøndelag sitt sykehus på Levanger, men det er også noe aktivitet ved sykehuset i Namsos. NTNU planlegger også for et tilsvarende studieløp i Møre og Romsdal med oppstart høsten 2023. I 1. og 2. studieår vil alle studentene være i Trondheim. I 3 og 4 studieår vil studiestedene Trondheim, Levanger og Ålesund benyttes. I de to siste årene vil studentene i 5. året være i praksis ved alle sykehusene i

regionen, og et semester brukes til å skrive en vitenskapelig oppgave. De som har desentral utdanning i 3. og 4. studieår vil ha sin sykehuspraksis i samme helseforetak. I det 6. året vil alle ha teoretisk undervisning i Trondheim, med unntak av 6 uker praksis i primærhelsetjenesten i regionen.

Kapasiteten på medisinstudiet ved NTNU er i dag fullt utnyttet, og det er i perioder stort press på eksisterende undervisningsarealer, og liten grad av fleksibilitet. En utvidelse av antall studieplasser krever derfor større utbygginger og endringer. I tillegg til undervisningsarealer, og arbeidsplassarealer, er det behov for tilpassede arealer for simulering og ferdighetstrening i St. Olavs hospital.

#### *Alternativ 1:*

En økning på 31 studieplasser medfører kostnader på 91,6 mill. kroner per år. I tillegg kommer investeringskostnader på totalt 105 mill. kroner til ombygging og utstyr.

#### *Alternativ 2:*

En økning på 45 studieplasser medfører kostnader på 122,4 mill. kroner per år. I tillegg kommer investeringskostnader på totalt 105 mill. kroner til ombygging og utstyr.

#### *Usikkerhetsmomenter:*

- Areal

Det er usikkerhet knyttet til beregningen av arealer. NTNU har ikke tatt stilling til om en del av arealene skal leies eller bygges nytt.

- Vitenskapelig utstyr

NTNU opplyser at det er betydelig usikkerhet knyttet til utstyrbehov for forskning. Det vil bl.a. avhenge av hvilke fagområder det vil være størst behov for å styrke. NTNU har derfor ikke beregnet kostnader til dette. For å kunne si noe om hvor mye det vil koste å anskaffe utstyr har vi lagt til grunn UiTs satser på 50 000 kroner per vitenskapelig ansatt. For NTNU utgjør det 2 mill. kroner per år ved økning på 31 studenter og 2,7 mill. kroner ved økning på 45 studenter.

#### Kostnader Helse Midt-Norge RHF

Helse Midt-Norge er positive til å bidra i en kapasitetsøkning. Begge aktuelle alternativer innebærer bruk av flere desentrale løsninger, hhv. Helse Nord-Trøndelag/Levanger og Helse Møre og Romsdal/Ålesund i tillegg til St. Olavs hospital. Helse-Midt Norge viser til at en utvidelse av desentrale modeller vil være ressurskrevende. Det vil være behov for mer utstyr, lokaler til øving og ressurser til undervisning og forberedelser. Helse Midt-Norge har ikke oppgitt kostnader til engangsinvesteringer.

#### *Alternativ 1:*

En økning på 31 nye studieplasser anslås å koste 26,4 mill. kroner.

#### *Alternativ 2:*

En økning på 45 plasser anslås å koste 37 mill. kroner.

### Usikkerhetsfaktorer

- Arealer

Helse Midt-Norge peker på usikkerhet forbundet med løsninger for arealer. Det vil være behov for arealer i poliklinikk, laboratoriefasiliteter og arbeidsplasser for ansatte og studenter. Det er imidlertid uklart om utvidelse kan løses innenfor eksisterende arealer, om det må leies eller bygges nytt. For St. Olavs hospital og Helse Nord-Trøndelag er økningen i hovedsak håndterbar innenfor rammene av driften i helseforetakene per i dag, men det vil være enkelte utfordringer også her knyttet til arealbehov i poliklinikk og simuleringslokaler. For Helse Møre og Romsdal vil økningen være mer omfattende.

Helseforetaket har lagt til grunn en arealkostnad på 3 750 kroner per kvadratmeter. På grunn av at det er usikkert hva slags arealer det vil være behov for må vi legge til grunn at kostnader til arealer vil bli høyere enn det som helseforetaket foreløpig har beregnet.

- Vitenskapelig årsverk

Helseforetakene vil ha merkostnader knyttet til kombinerte stillinger på grunn av tapt arbeidstid i klinikk og behov for kompensasjon for lønnstap. Disse beregningene er noe usikre på grunn av at det på nåværende tidspunkt er vanskelig å vite hvor mange flere kombinerte stillinger som det er behov for å opprette.

#### 4.1.4 Nord-Norge: Universitetet i Tromsø - Norges arktiske universitet (UiT) og Helse Nord RHF

Kostnader UiT	
<b>Årlige kostnader (fullt opptrappet)</b>	<b>+30</b>
Vitenskapelige årsverk	39 325 500
Tekniske årsverk	4 699 288
Administrative årsverk	11 460 720
Praksis i primærhelsetjenesten	4 553 000
Arealer	13 735 000
Vitenskapelig utstyr	1 800 000
TDI/diverse kostnader*	3 130 000
<b>Sum årlige kostnader UiT</b>	<b>78 703 508</b>

Kostnader Helse Nord RHF	
<b>Årlige kostnader</b>	<b>+30</b>
Vitenskapelig personell	14 000 000
Administrativt personell	1 500 000
Praksis	9 450 000
Arealer	7 228 000

Ferdighetstrening	3 000 000
Merkostnad desentralisering	7 300 000
Andre kostnader	600 000
<b>Sum årlige kostnader HN RHF</b>	<b>43 078 000</b>
<b>Engangsinvesteringer</b>	<b>+30</b>
Utstyr til simulering og ferdighetstrening	18 000 000
<b>Sum engangsinvesteringer HN RHF</b>	<b>18 000 000</b>

### Kostnader UiT

UiT har redegjort for ett alternativ for økning på 30 nye studieplasser per år. UiT utdanner i dag om lag 17 pst. av medisinstudentene i Norge. Med tildelingen av 20 nye studieplasser i 2020 har UiT totalt 136 studieplasser per år. Det innebærer totalt 816 studenter under utdanning i seks år. Stortinget har vedtatt å øke kapasiteten med 15 studieplasser i 2022, som finansieres med studieplassefinansiering. Med denne økningen på 30 studieplasser vil UiT ha totalt 151 studieplasser.

UiT mener at en økning på 30 studieplasser (fra 2021-nivå) vil være krevende med tanke på kapasitet i praksis og undervisning i kliniske fag, men understreker at det er viktig for å sikre tilstrekkelig rekruttering til helsetjenesten i nord. For å lykkes med en ytterligere økning i opptaket må derfor kapasiteten i helsetjenesten økes tilsvarende og opptrappingen må skje gradvis.

Alle studenter gjennomfører 1-4 studieår i Tromsø. 1. og 2. studieår består av basalfag og 3. og 4. studieår består av kliniske fag og utveksling. 5. studieår består av praksis hvor hele helsetjenesten i Nord-Norge benyttes, samt skriving av masteroppgave. 6. studieår består av kliniske fag og gjennomføres i tett samarbeid med Universitetssykehuset i Nord-Norge i Tromsø (UNN), Nordlandssykehuset (NLSH) og Finnmarkssykehuset.

UiT har i dag to desentraliserte tiltak i henholdsvis Bodø og Finnmark. Modellen innebærer at parallell undervisning i kliniske fag gjennomføres på tre studiesteder (Tromsø, Bodø og Hammerfest) i studiets 6 år. I dag gjennomfører 24 studenter praksis i 5. studieår i Bodø og 12 studenter i Finnmark. Disse studentene har også undervisning samme sted i 6. studieår. I Bodø gjennomføres all undervisning på samme sted, mens det i Finnmark gjennomføres undervisning i somatiske fag i Hammerfest, psykiatri i Karasjok og allmennmedisin i Alta/Hammerfest.

Modellen i Finnmark er dyrere enn i Bodø på grunn av tre forskjellige lokasjoner. UiT har tatt utgangspunkt i eksisterende studiemodell ved oppskalering av studieplasser. UiT opplyser samtidig at modellen er mulig å utvide til flere lokasjoner under forutsetning av tilstrekkelig finansiering, tilgang på lokal kompetanse og kapasitet til undervisning. UiT opplyser at dagens arealer er fullt belagt, og at det vil være behov for investeringer i infrastruktur, tilpasninger av areal og eventuelt ombygginger. De har ikke oppgitt kostnader til engangsinvesteringer.

En økning på 30 studieplasser medfører kostnader på 78,7 mill. kroner per år, inkludert beregning for arealkostnader.

*Usikkerhetsmomenter:*

- Arealer

UiT planlegger ikke for nybygg, men arealkostnader for desentraliserte studier er uavklart. De har derfor benyttet estimat basert på etablerte prinsipper for arealer for ansatte og studenter. På grunn av stor usikkerhet om behovet for arealer på de desentraliserte stedene er det sannsynlig at arealkostnadene kan overstige leiekostnader på 13,7 mill. kroner per år. Det er også sannsynlig at det vil være behov for investeringskostnader til ombygging, som ikke er tatt med i regnestykket til UiT.

### Kostnader Helse Nord RHF

Helse Nord stiller seg positive til å bidra til utdanning av flere medisinstudenter innenlands. Etablering av ytterligere 30 nye studieplasser forutsetter at helsetjenestens kapasitet til praksis og klinisk undervisningen økes tilsvarende. Dette vil ta noe tid fordi kapasiteten er presset allerede, og nye desentraliserte tiltak må vurderes som ledd i planene for utvidelse. Helse Nord er tydelige på at dersom opptaket av medisinstudenter skal økes til 166 per år må tjenesten sikres tilstrekkelig finansiering, eksisterende desentraliserte modeller må utvides og opptrapping av kapasitet må skje gradvis i perioden 2023-2027.

Helse Nord har lagt til grunn en utvidelse av desentraliserte tiltak i oppbyggingen av 30 nye studieplasser. De har videre lagt inn at utdanning må etableres med en ny lokasjon med et volum på 12 studenter. Helgeland utredes og prioriteres som mulig ny lokasjon.

Helse Nord har beregnet at en økning på 30 studieplasser vil koste 43,1 mill. kroner per år. I tillegg kommer engangsutgifter til utstyr til simulering og ferdighetstrening på 18 mill. kroner.

*Usikkerhetsfaktorer:*

- Vitenskapelige stillinger

For å sikre tilstrekkelig rekruttering til kombinerte stillinger kan det også bli nødvendig å innføre lønnskompensasjonsordninger. Disse forholdene kan potensielt føre til økte lønnskostnader og et kapasitetstap ved universitetssykehuset.

- Arealer

Helse Nord har kun gjort noen foreløpige estimater for arealbehov basert på etablerte normaltall og kvadratmeterpriser. De har tatt utgangspunkt i en kvadratmeterpris på 3 750 kroner. Helseforetaket har ikke tatt stilling til om arealene eksisterer, om det er behov for leie eller bygge nytt. Helseforetaket understreker at det er stor usikkerhet knyttet til anslaget. Det vil være nødvendig med betydelige tilpasninger og utvidelser av eksisterende arealer, slik at kostnadene kan bli høyere.

## 4.2 Etablering av medisinutdanning ved UiS

<b>Kostnader UiS</b>	
<b>Årlige kostnader (fullt opptrappet)</b>	<b>+70</b>
Vitenskapelige årsverk	93 345 892
Tekniske årsverk	20 782 800
Administrative årsverk	16 195 000
Praksis i primærhelsetjenesten	12 600 000
Arealer	15 240 000
Vitenskapelig utstyr	2 500 000
TDI/diverse kostnader*	-
<b>Sum årlige kostnader UiS</b>	<b>160 663 692</b>
<b>Engangsinvesteringer</b>	<b>+70</b>
Nye areal/ombygging	210 000 000 - 462 000 000*
Utstyr/diverse investeringer	35 000 000
<b>Sum engangsinvesteringer UiS</b>	<b>245 000 000 - 497 000 000</b>

\*Usikkert kostnadsanslag fra Statsbygg som ligger mellom 210-462 mill. kroner.

<b>Kostnader Helse Vest RHF</b>	
<b>Årlige kostnader</b>	<b>+70</b>
Vitenskapelig personell	29 211 840
Administrativt personell	6 013 000
Praksis	14 793 187
Arealer	15 176 000
Ferdighetstrening	1 400 000
<b>Sum årlige kostnader HN RHF</b>	<b>66 594 027</b>

### *Studiemodell*

UiS har i sine beregninger tatt utgangspunkt i en studiemodell som skal ta opp studenter som har fullført de tre første årene av medisinutdanning ved en annen institusjon, enten i Norge eller et annet europeisk land. Modellen legger opp til at studentene de to første årene skal veksle mellom teoretisk undervisning og praksis i alle deler av helsetjenesten. Det siste året legges det opp til at studentene skal gjøre vitenskapelig arbeid og være i klinisk praksis både i primær- og spesialisthelsetjenesten.

UiS viser til at de har planer for å leie arealer i nye Stavanger uiversitetssykehus (SUS) og at de har sikret en opsjon på tilleggsarealer tilsvarende 3 500 m<sup>2</sup> i det planlagte nybygget for Det helsevitenskapelige fakultet dersom medisinutdanningen blir realisert. De ser for seg å utnytte eksisterende undervisnings- og forskningsinfrastruktur i lokalene til HelseCampus i Innovasjonspark Stavanger.

Departementet presiserer at arealene i nye SUS er dimensjonert for eksisterende helseutdanninger ved UiS og det er ikke tatt høyde for at UiS i tillegg skal utdanne 70 medisinstudenter i disse arealene. Når det gjelder nytt bygg til det helsevitenskapelige fakultet er dette arbeidet kun i utredningsfasen, og det er ikke tatt stilling til hvor mye arealer det er behov for.

UiS har oppgitt at totalkostnadene for å etablere 70 studieplasser i medisin de siste tre årene vil utgjøre 137 mill. kroner. Departementet bemerker at dette kostnadsestimatet fremstår som urealistisk og mangler flere av kostnadselementene som de etablerte medisinstudiene har beregnet. Vi har derfor beregnet kostnadsanslag som mangler i UiS sine beregninger. Usikkerhetsmomenter og mangler er nærmere redegjort for under.

UiS har mottatt 84 mill. kroner fra ulike givere<sup>5</sup> for oppstart av et medisinstudium.

### *Usikkerhetsmomenter*

- Vitenskapelig årsverk:

UiS har oppgitt at de har behov for 50 vitenskapelig årsverk som til sammen utgjør 93,3 mill. kroner per år. Dette tallet er en del høyere enn de etablerte medisinske fakultetene har oppgitt. UiO har tatt utgangspunkt i 6,5 studenter per vitenskapelig ansatt, mens UiS har tatt utgangspunkt i 4,2 studenter per vitenskapelig ansatt. I tillegg er kostnadene per vitenskapelig årsverk ved UiS 527 645 kroner høyere enn ved UiO.

- Administrativt årsverk:

UiS har oppgitt at de har behov for 10,7 administrativt årverk med en kostnad per årverk på 1 513 551. Det er 684 592 kroner høyere per årverk enn det UiO har lagt til grunn. I tillegg har UiO oppgitt at det er behov for 0,4 administrativt årverk per summen av alle årverk. Dersom vi skulle lagt det til grunn for UiS, ville det være behov for 30 administrativt årverk.

- Teknisk årsverk:

UiS har ikke oppgitt kostnader til teknisk årsverk. Vi har derfor tatt utgangspunkt i UiOs beregninger som har lagt til grunn at det er behov for 0,5 teknisk årsverk per vitenskapelig årsverk og en sats på 831 312. Det tilsier at UiS vil ha behov for 25 teknisk årverk til en sum på 20,8 mill. kroner (25\*831 312).

- Vitenskapelig utstyr

Det mangler kostnadsanslag for vitenskapelig utstyr, noe vi legger til grunn at UiS vil ha behov for. I beregningene har vi lagt til grunn UiTs satser på 50 000 kroner per vitenskapelig ansatt. For UiS utgjør det 2,5 mill. kroner per år.

- Arealer

Kostnadsanslagene for arealer er meget usikre. UiS har oppgitt at de vil ha behov for ulike arealer (laboratorier, simulering-/ferdighetsarealer, kontor- og studentarbeidsplasser) på til sammen 3 800 kvm. De har videre lagt til grunn en gjennomsnittlig leiepris på 4 000 kroner

---

<sup>5</sup> Sparebankstiftelsen SR-Bank (40 mill.), Ulla-Førrefondet (24 mill.), Folke Hermansen AS (10 mill.), Universitetsfondet AS (10 mill.)



per kvadratmeter og en samlet årlig leiekostnad på 15,2 mill. kroner. UiS har ikke oppgitt investeringskostnader til nybygg og utstyr. De opplyser at medisinutdanning vil kreve ytterligere arealer, og at det kan inngå i planer for nytt bygg ved det helsevitenskapelige fakultet som nå er under utredning.

Statsbygg har oppgitt til KD at å angi kostnadsestimatet på et så tidlig tidspunkt innebærer at det er stor usikkerhet knyttet til hvor mye det vil koste å bygge arealer for medisinutdanning ved UiS. Statsbygg opplyser at det er 80 pst. sannsynlighet for at kostnadene vil være mellom 50 000 kroner til 110 000 kroner per kvadratmeter. Gitt at en student trenger 20 m<sup>2</sup> vil det være behov for 4 200 m<sup>2</sup> (210\*20=4200). Det betyr at et fornuftig kostnadsanslag vil ligge mellom 210-462 mill. kroner. Det vil også være behov for å investere i utstyr. Siden UiS ikke har oppgitt kostnader til utstyr så har vi tatt utgangspunkt i UiOs beregning av utstørsbehov som utgjør 500 000 kroner per student. Med det som utgangspunkt har vi lagt til grunn at UiS vil ha behov for å investere i utstyr til 35 mill. kroner.

Med de usikkerhetsfaktorene som er redegjort for over går vi ut fra at årlige kostnader for UiS kan ligge på om lag 161 mill. kroner. I tillegg vil det komme investeringskostnader til bygg og utstyr på mellom 245-497 mill. kroner.

#### Kostnader Helse Vest RHF

Helse Vest har beregnet at kostnaden ved å øke antall studieplasser utgjør 270 000 kroner per år per student. Det tilsvarer 18,9 mill. kroner for 70 studenter. Det er betydelig lavere enn det de øvrige helseforetakene har beregnet. Helse Sør-Øst har anslått at kostnadene ved å øke med 100 studenter utgjør 115,2 mill. kroner. Det er 96,3 mill. kroner mer enn det Helse Vest har oppgitt for 70 studenter. I og med at Helse Vest er det eneste helseforetaket som ikke har spesifisert kostnadene til personell, arealer, praksis mm., men kun oppgitt enhetskostnad per student, mener departementet at beregningen fra Helse Vest ikke direkte kan legges til grunn. Ut fra det de øvrige Helseforetakene har oppgitt, er det grunn til å anta at kostnadene til 70 studenter vil utgjøre om lag 66,6 mill. kroner.

I tabellen over har vi lagt inn tilsvarende kostnader som Helse Sør-Øst har oppgitt (korrigert for antall studenter), uten kostnader til drift av ferdighets- og simuleringsenheter.

### **4.3 Utgifter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten**

Både universitetene og de regionale helseforetakene har pekt på utfordringene med å gjennomføre praksis i kommunene som et hinder for å øke utdanningskapasiteten i Norge. Departementene har gjennomført et møte med KS og mottatt et skriftlig innspill. KS har ikke levert kostnadsberegninger. KS vurderer det som positivt med en økning av antall studieplasser i medisin i Norge, men stiller som forutsetning at det økte ressursbehovet knyttet til mottak av studentene i kommuner og hos fastleger kompenseres fullt ut.

KS legger videre til grunn at mottak av studenter i praksis fortsatt må baseres på frivillighet. Departementet viser her til at regjeringen i Hurdalsplattformen har som tiltak å gi kommunene og helseforetakene plikt til å stille med praksisplasser for profesjonsfagene.

KS har også gitt innspill om at regionalt kommunesamarbeid vil kunne gjøre flere av de minste distriktskommunene bedre i stand til å ta mot studenter. Et slikt samarbeid kan omfatte styrking av veiledningskompetansen, utvikling av nye læringsarenaer og vurderingsformer, gjennomføring av selve praksisperioden, samt og prosjekt og forskningssamarbeid. Samarbeidet vil dessuten bidra til en mer effektiv kommunikasjon og samarbeid med universitetene.

KS har altså skissert at en økning av utdanningskapasiteten i Norge vil kunne kreve betydelig økt finansiering i kommunene. Departementet har lagt til grunn eksisterende ordninger for finansiering av praksis i kommunehelsetjenesten.

#### 4.4 Oppsummering av økonomiske konsekvenser

<b>Kostnader totalt</b>			
	<b>Studieplasser</b>	<b>Årlige kostnader</b>	<b>Engangsinvesteringer</b>
UiO og Helse Sør-Øst RHF	100	376 937 430	134 000 000
UiO og Helse Sør-Øst RHF	210	767 838 868	627 100 000
UiB og Helse Vest RHF	50	186 413 413	401 500 000
UiB og Helse Vest RHF	100	353 471 825	401 500 000
NTNU og Helse Midt-Norge RHF	31	118 000 382	105 000 000
NTNU og Helse Midt-Norge RHF	45	159 429 666	105 000 000
UiT og Helse Nord RHF	15*	82 429 754	18 000 000
UiT	15**	40 244 000	
UiS og Helse Vest RHF	70	227 257 719	245 000 000 - 497 000 000

\*UiT øker kapasiteten med 15 studieplasser i 2022. Beregningen viser budsjetteffekten av å øke med 15 studieplasser utover de som kom i 2022. Kostnadene for Helse Nord RHF er for totalt 30 studenter.

\*\*Årlige kostnader for de 15 studieplassene som ble gitt til UiT i 2022 budsjettet når de er fullt opptrappet. Kun studieplassefinansiering.

Det er flere usikkerhetsfaktorer som ikke fremkommer i tabellen.