

F-sak 56/11

**ÅS KOMMUNES HØRINGSUTTALELSE TIL SAMHANDLINGSREFORMEN -
FORSLAG TIL FORSKRIFTSENDRINGER OG NYE FORSKRIFTER SOM FØLGE AV
PROP. 91L (2010-2011) LOV OM KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER**

Saksbehandler: Marit Roxrud Leinhardt	Arkivnr: 110 F00 &13	Saknr.: 11/3070
Utvalg	Sak nr.	Møtedato
Formannskapet	56/11	12.10.2011

Rådmannens innstilling:

Ås kommune vedtar høringsuttalelse, jfr. vedlegg 1.

Rådmannen i Ås, 04.10.2011

Trine Christensen

Tidligere politisk behandling:

Ingen

Avgjørelsesmyndighet:

Formannskap

Behandlingsrekkefølge:

Formannskap

Vedlegg som følger saken trykt:

Vedlegg 1: Høringsuttalelse fra Ås kommune til Samhandlingsreformen – forslag til forskriftsendringer og nye forskrifter som følge av Prop.91 (2010 – 2011), Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 30 .september 2011

Vedlegg som ligger i saksmappen i tillegg til trykte dokumenter:

Høringsnotatet

Utskrift av saken sendes til:

Helse og omsorgsdepartementet

SAKSUTREDNING:

Fakta i saken:

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt på høring en rekke forslag til nye / endrede forskrifter som følge av den nye kommunale helse- og omsorgsloven som ble vedtatt i juni i år. Loven trer i kraft fra 01.01.12, tilsvarende er planen for forskriftene. Høringsfristen er satt til 6.oktober. Ås kommune har sendt inn foreløpig svar innen fristen, med tillatelse til å ettersende formannskapets vedtak i saken.

Som følge av den nye loven er det en rekke forskrifter som må harmoniseres og endres. Videre har bestemmelser i loven medført behov for nye forskrifter.

Departementet ber om høringsinstansenes syn på forslagene som omhandler følgende forskrifter:

1. Forslag til ny forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter
2. Forslag til forskrift om kommunal medfinansiering
3. Forslag til endringer i Norsk pasientregisterforskriften.
4. Forslag til forskrift om kommunens dekning av utgifter til helse- og omsorgstjeneste
5. Forslag til opphevelse av forskrift om disponering av kontantytelser fra folketrygden under opphold i institusjon som nevnt i helse- og omsorgstjenesteloven og felles trivselsordning
6. Forslag til forskrift om vederlag for kommunale helse- og omsorgstjenester utenfor institusjon
7. Forslag til forskrift om vederlag for kommunal legehjelp og fysikalsk behandling
8. Forslag til forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon
9. Forslag til forskrift om helsepersonellovens anvendelse
10. Forslag til forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket
11. Forslag til endring av forskrift om individuell plan og koordinator etter helse- og omsorgslovgivningen
12. Forslag til endring av forskrift om habilitering og rehabilitering
13. Forslag til forskrift om oppjustering av driftsavtale for fysioterapeuter

Ås kommune har utarbeidet et høringsnotat som følger saken som vedlegg 1.

Vurdering av saken:

For de fleste forskriftene medfører forslagene kun mindre endringer som kommunen i hovedsak finner hensiktsmessige.

Når det gjelder de 2 nye forskriftene; ”*Forslag til ny forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter*” og ”*Forslag til forskrift om kommunal medfinansiering*” har kommunen en rekke betenkeligheter og innvendinger.

Disse fremkommer i notatet men kan i korte trekk oppsummeres med følgende 2 hovedbudskap:

- Dagens utfordringer med liggedøgn, reinnleggelser, samarbeidsutfordringer mellom forvaltningsnivåene m.m. søkes løst gjennom å tilføre myndighet til spesialisthelsetjenesten, på bekostning av kommunenes selvstendighet og økonomiske rammer.

- Konsekvenser ved endret finansiering er at kommunen står overfor en uklar og usikker økonomisk konsekvens. Det mangler kontrollmekanismer og etterprøvnbarhet av de transaksjoner som vil foregå mellom helseforetak og kommunen.

I loven påpekes det at kommunene og spesialisthelsetjenesten skal være likeverdige parter. I kommunenes høringsuttalelse til loven fremkom det at loven ikke opplevdes likeverdig. Med de nye forskriftsforslagene forsterkes dette inntrykket ytterligere. Eksempelvis kan nevnes at leger på sykehus gis mandat til å beslutte når en pasient er utskrivningsklar, dette uten at det ligger nærmere kriterier til grunn, noe som er tilfelle i dag. Legen skal også vurdere hvorvidt pasienten trenger sykehjem eller hjemmetjeneste, en vurdering kommunen mener legen verken har kunnskap (om lokale forhold) eller innsikt nok til å kunne foreta. Resultatet av dette er at legens vurdering, foretatt i en fase hvor pasienten er syk, blir førende for hvordan kommunen skal tildele sine tjenester.

Dette vil i sin tur skape en større etterspørsel etter sykehjemsplasser da pasientene vil oppleve sykehuslegens vurdering som vektige og riktige.

Forskriften har et så sterkt fokus på å få pasienter ut av sykehus at det også stilles krav om at kommunen skal kunne svare på hva de kan tilby umiddelbart etter at sykehuset har henvendt seg, dette på døgnbasis. Resultatet blir at kommunene må bygge opp et administrativt apparat som kan serve sykehuset 24 timer i døgnet, 7 dager i uka. Medfinansieringen er en annen problemstilling. Det er sykehuset finansieringssystem som legges til grunn for det kommunen skal betale. Kommunen har ingen mulighet til å kontrollere bruken av midlene, verken omfang eller innfrielse av tjeneste. Dette står i kontrast til dagens praksis hvor kommunene skal kontrollere alle sine økonomiske disposisjoner.

Ås kommune er bekymret for den makt spesialisthelsetjenesten får på bekostning av den kommunale selvråderetten, den økonomiske situasjonen i kommunen og den konsekvens dette får for tilbudet til pasientene.

Vurdering av eventuelle økonomiske konsekvenser:

Fremkommer av høringsuttalelsen, vedlegg 1.

Konklusjon med begrunnelse:

Rådmannen ser med bekymring på de nye oppgavene kommunen får i forbindelse med ny helse og omsorgstjeneste lov og tilhørende forskrifter, sett i sammenheng med finansieringen og likeverdigheten mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Rådmannen konkluderer med at forslag til nye forskrifter utfordrer kommunens selvråderett, og muligheten til ansvarlig forvaltning av økonomien. Rådmannen konkluderer med at det er viktig at kommunen gir høringsuttalelse i denne sammenheng, og anbefaler derfor vedlagt uttalelse.

Kan vedtaket påklages?

Nei

Ikrafttredelse av vedtaket:

Umiddelbart

ÅS KOMMUNE

UTSKRIFT AV MØTEBOK

Saksnr: 11/3070-5

ÅS KOMMUNES HØRINGSUTTALELSE TIL SAMHANDLINGSREFORMEN - FORSLAG TIL FORSKRIFTSENDRINGER OG NYE FORSKRIFTER SOM FØLGE AV PROP. 91L (2010-2011) LOV OM KOMMUNALE HELSE OG OMSORGSTJENESER

Saksbeh.: Marit Roxrud Leinhardt

Arkivkode: 110 F00 &13

Utvalg

Sak nr.

Møtedato

Formannskapet

56/11

12.10.2011

Formannskapets behandling og vedtak i møte den 12.10.2011

Rådmannens innstilling: Tilsvare formannskapets vedtak.

Formannskapets behandling 12.10.2011:

Votering: Rådmannens innstilling ble enstemmig vedtatt.

Formannskapets vedtak 12.10.2011:

Ås kommune vedtar høringsuttalelse, jfr. vedlegg 1.

Rett utskrift bekreftes, Ås, 13.10.2011	Utskrift av protokoll med vedlagt saksfremstilling sendes: Helse- og omsorgsdepartementet postmottak@hod.dep.no .
<hr/> Vibeke Berggård Førstekonsulent, politisk sekretariat	Kopi: Helse- og sosialsjef

Høringsuttalelse

fra
Ås kommune

til

**Samhandlingsreformen – forslag til
forskriftsendringer og nye forskrifter
som følge av Prop.91 (2010 – 2011)
Lov om kommunale helse- og
omsorgstjenester**

30. september 2011

Kommentarer til de enkelte forskriftene:

1. Forslag til ny forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter

Bakgrunn for forslaget er et ønske om å sikre fremtidig helse- og omsorgstjenester som både tilfredsstillende pasienter og som tar høyde for de store samfunnsøkonomiske utfordringene som kommer iht demografisk utvikling og endringer i sykdomsbildet.

Forslaget til ny betalingsforskrift gir kommunene betalingsplikt (kr 4.000,- døgnet) fra første dag som utskrivningsklar.

Tidligere kriterier for når en pasient er utskrivningsklar fjernet og erstattet med at lege i spesialisthelsetjenesten skal beslutte når pasienten er utskrivningsklar, dette uten noen krav til at eksempelvis problemstilling ved innleggelse er avklart, at diagnose er stilt eller at plan for oppfølging av pasient er lagt.

Spesialisthelsetjenesten får gjennom forskriften all myndighet til selv å vurdere om en pasient er i behov av kommunal hjelp. Sitat s. 18: *Departementet vil derfor foreslå at når en pasient legges inn i spesialisthelsetjenesten, skal det gjøres en vurdering av om pasienten kan ha behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter endt behandling i spesialisthelsetjenesten, jf. forslag til § 3 første ledd. Dette vil være inngangsvilkåret for hvorvidt forskriften får anvendelse ved behandling av den enkelte pasient eller ikke.*

Spesialisthelsetjenesten kan / skal vurdere om en pasient har behov for kommunal hjelp, og kan også beskrive om hvorvidt pasienten har behov for tjenester i hjemmet eller i en kommunal institusjon. Forskriften sier ingenting om dialog eller informasjonsutveksling mellom spesialisthelsetjenesten og pasienter / pårørende i denne vurderingsprosessen. Legens myndighet i forhold til å vurdere kommunale tjenestetilbud står i skarp kontrast til dagens praksis hvor spesialisthelsetjenesten er ansvarlig for sine medisinske tjenester, og kommunene er ansvarlig for å vurdere og sette inn tjenester når pasienter kommer til kommunen.

Spesialisthelsetjenesten skal innen 24 timer etter innleggelse gjøre en slik vurdering, men det blir også foreslått *unntak for denne 24 timers regelen i de tilfeller hvor det er behov for omfattende eller langvarig behandling på sykehus.*

Spesialisthelsetjenesten har en meldeplikt til kommunene med flere unntak fra 24 timers regelen.

Utformingen av denne forskriften gjør spesialisthelsetjenesten til en aktiv myndighetsutøver og kommunene er redusert til passive mottakere.

- Kommunene skal forholde seg til spesialisthelsetjenestens vurderinger iht pasienters behov for kommunale tjenester – i hjemmet eller i kommunal institusjon.
- Kommunene skal betale fra første dag når spesialisthelsetjenesten tar slike vurderinger.
- Kommunene må gi svar til spesialisthelsetjenesten samme dag som melding om utskrivningsklar mottas. *Kommunen kan ikke avvente med å gi svar til dagen etter de har mottatt melding om utskrivningsklar pasient fra spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder også i tilfeller hvor kommunen får beskjed fra sykehuset om en utskrivningsklar pasient etter ordinær arbeidstid.*

- Kommunens ansvar gjelder hele døgnet.
- Kommunens betalingsplikt vil bli beregnet fra Helsedirektoratet på bakgrunn av rapportering fra spesialisthelsetjenesten.

Hele forskriften legger til rette for at spesialisthelsetjenesten kan oppnå en betydelig effektivisering. Spesialisthelsetjenesten kan legge føringer om omfang av kommunal hjelp til utskrivningsklare, noe som vil være til stor hjelp og underlette mange etiske prosesser for spesialisthelsetjenesten.

Forskriften søker å løse dagens utfordringer med liggedøgn, reinnleggelser, samarbeidsutfordringer mellom forvaltningsnivåene m.m., gjennom å tilføre myndighet til spesialisthelsetjenesten, på bekostning av kommunenes selvstendighet og økonomiske rammer.

Iht. forslaget skal kommunene vurdere om hvorvidt de kan gi et forsvarlig tilbud til pasientene. Hvis det ikke finnes forsvarlige tilbud, så skal pasienten ligge på sykehus. Det fremkommer ikke hvem som skal ta stilling til om tilbudet er forsvarlig eller ei.

Samhandlingsreformen skal bygges på og utøves av likeverdige parter (kommuner og spesialisthelsetjeneste). I denne forskriften finnes det ikke snev av likeverdighet. Denne forskriften kan være snarveien til en eksplosjon i offentlige utgifter.

Hvis de økonomiske skadevirkningene av denne forskriften skal dempes, så må også kommunene få samme finansieringsgrunnlag som spesialisthelsetjenesten.

2. Forslag til forskrift om kommunal medfinansiering

Bakgrunnen for forslag til ny forskrift om kommunal medfinansiering er å skape et mer helhetlig pasientforløp hvor både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er tjent med et bedre samarbeid. Grunnidéen er at kommunene skal ta ett større ansvar for å forebygge behov for innleggelse på sykehus. Målsettingen er blant annet større fokus på fysiske aktiviteter, veiledning og tilrettelagte tilbud i hjemmene og på institusjoner.

Samhandlingsreformens virkemidler er etter kommunens oppfatning basert på økonomiske straffemetoder. Med dette menes at kommuner som ikke dreier sine tjenester fra behandling og vedlikehold til forebygging vil oppleve reduserte driftsrammer i ett langtidsperspektiv. Reformen forventer en gevinst fra og med første dag, dvs 1 januar 2012. Erfaringer viser at det tar lang tid å snu fokuset fra behandling til forebygging. Blant annet skal nok kompetanse bygges opp/rekrutteres.

Konsekvenser ved endret finansiering er at kommunen står overfor en uklar og usikker økonomisk konsekvens. Det mangler kontrollmekanismer og etterprøvnbarhet av de transaksjoner som vil foregå mellom helseforetak og kommunen. Det er så langt Ås kommune ser det, umulig å etterprøve transaksjonene da opplysningene ikke skal kunne spores tilbake til en konkret innbygger. Helsedirektoratet vil inneha kontrollfunksjonene, men da kun på ett generelt nivå som for eksempel har utgiftene økt mer enn forventet og er det endringer i bruk av DRG (Diagnose Relaterte Grupper) koding etc.

DRG kostnadene kommunene vil bli belastet for baseres på de kostnader som helseforetaket operer med. Kommunene vil ikke ha innvirkning på hvordan helseforetaket budsjetterer og drifter de ulike avdelingene.

Selv om kommunen er enig i at det er viktig med en økonomisk kobling mellom helseforetak og kommune stiller Ås kommune spørsmål om denne ordningen vil fungere etter intensjonene. Dette fremstår som en teoretisk matematisk fremstilling av den ideelle verden hvor ting lett kan endres og effekter får full uttelling fra dag 1. Modellen har også svakheter som kan innby til kreativ triksing med DRG koding og regnskapsføring i helseforetakene. Endringen fra tidligere er at kommunene nå vil direkte bli økonomisk involvert.

Kommentarer til enkelte paragrafer i forskriften:

§ 2 Medfinansieringsplikt:

Ås kommune er enig i at medfinansieringsplikten ikke skal gjelde kirurgi, fødsler, nyfødte barn og behandling med nærmere bestemte kostbare legemidler. Når det gjelder kostbare legemidler så snakkes det her om kostbare biologiske legemidler. Dette er ett område som kan skape en god del diskusjoner da det er vanskelig å få klarhet i hvilke behandlingsformer som skal unntas fra medfinansieringsplikten. Dette er også ett område man kan forvente stor utvikling. Kommunene opplever i større og større grad en forventning om at kommunene skal dekke svært kostnadskrevende medikamenter. Kommunen har også opplevd at det forventes at utgifter til transport for eksempel til dialyse skal dekkes av kommunen. Gjelder dette en beboer på sykehjem skal dette dekkes av kommunen. Når dialysen på sykehus skal skje kanskje flere ganger i måneden, påløper kostnadene. Dette er en biologisk behandling (blodprodukt) og sånn sett skal sykehuset dekke denne utgiften. Etter kommunens oppfatning må dette også gjelde transport til og fra sykehus samt de personalkostandene som følger med en slik transport. På sikt vil vi tro at også slike behandlinger vil skje i kommunene / interkommunalt, men dette må nødvendigvis planlegges, etableres og slik kompetanse må erverves. Etter kommunens oppfatning bør det være meget tydelig avgrenset hvilke behandlingsformer og hvilke kostbare legemidler som skal dekkes av kommunen, og hvilke behandlingsformer og legemidler som skal dekkes av sykehus / spesialisthelsetjenesten.

§3 Medfinansieringsandel:

I ordningen med innsatsstyrt finansiering opereres det med flere faktorer. Blant annet opereres det med begrepet dagopphold. Skillet mellom dagopphold og poliklinisk behandling er etter kommunens synspunkter interessant da dette kan få stor betydning for utgiftene til kommunen. I utgangspunktet er det slik at enhver behandling på sykehus registreres under en hoveddiagnosegruppe. Under hoveddiagnosegruppen opereres det med undergrupper. Undergruppene har en DRG vekt som beskriver forventet kostnad til den type diagnose. Når sykehuset registrerer en behandling er det kun diagnosegruppen som blir registrert og tid brukt på de ulike behandlingene. Datasystemet (pasientregisteret) som regulerer transaksjonene mellom stat og sykehus (og kommunene etter 01.01.12) beregner da kostnaden til de ulike behandlingene. Dette er de 40 % ISF (innsatsstyrt finansiering) som sykehusene får til drift. Resten er rammeoverføring.

Ordningen baseres på at sykehusene registrer korrekt data på alle brukerne til enhver tid. Systemet er sårbart da dette forutsetter at sykehusene til enhver tid har oversikt over tidsbruken på den enkelte bruker. Alle som har erfart sykehusopphold vet at dette ikke er tilfelle. Ett eksempel: En bruker blir lagt inn på dagopphold. Målet med oppholdet er samtale med lege og blodprøvetaking. Dette kan gå fort, en samtale med lege kan for eksempel ta 15 minutter og blodprøvetakingen kanskje 10 minutter, mao ca 25 minutter tidsbruk. Spørsmålet er hvordan blir dette registrert i sykehusets system. I utgangspunktet er det ett dagopphold men i faktisk tid er det 25 minutter. DRG koden og tidsbruken for nevnte bruker er det som følger med til pasientregisteret som grunnlag for økonomisk transaksjon. Hvordan registreres faktisk tid på sykehuset. Er det når samtalen med lege er ferdig eller når blodprøvetakingen er ferdig eller ligger det inne en standard beregning på hvor lang tid ett slikt besøk tar? Etter en kontroll på ett sykehus var det en feilkilde på ca 5 timer. Kommunen ville i dette eksempelet blitt belastet for 5 timer ekstra, dvs 500 % av kostnaden for denne DRG aktiviteten.

Det må antas at bakgrunnen for innleggelse på dag er sykehusets eget behov for fleksibilitet i bruk av legeressurser. Dette er forståelig, men representerer etter kommunens syn en usikkerhet om kommunen betaler for faktisk utført tjeneste.

I kommunal virkelighet heter det seg at man ikke skal anwise noen fakturaer som har ukjent innhold. En kommunal anvisning, dvs utbetalingsordre, skal gjennomgå en kontroll. Dette være seg spørsmål om kvaliteten holder lovet nivå, om volumet stemmer med faktisk bestilling, at det er budsjettmessig dekning og at prisen faktisk stemmer med bestillingen. Kommunens økonomirutiner må i så fall endres slik at rutineene ikke gjelder transaksjoner mellom kommune og helseforetak. Den eneste mulige form for kontroll er at kommunens innbygger selv ber om å få utskrift av egne data fra pasientregisteret.

Tilsynelatende kan man argumentere med at når Staten aksepterer ordningen bør det være akseptabelt for kommunene. I motsetning til ett helseforetak, har ikke kommunen noen som helst muligheter til å påvirke verken driftskostnadene til de enkelte avdelingene på ett sykehus eller innsyn i faktiske transaksjoner som foregår mellom de enkelte helseforetak og kommunen. Dette fremmer ikke etter kommunens synspunkter en helhetlig tilnærming til en god pasientflyt og felles ansvar for økt økonomisk gevinst mellom to likeverdige parter.

§ 4 Generelle beregningsregler

Jfr diskusjonen ovenfor under § 3

§ 5 Beregningsgrunnlag

Jfr diskusjonen ovenfor under § 3

§ 7 I krafttredelse

Kommunal medfinansiering skal bidra til at kommunene skal endre sine tjenester til å arbeid mer forebyggende for på redusere innleggelser på sykehus. I utgangspunktet burde kommunen fått muligheter til å endre tjenestene før medfinansieringen inntreer. Det tar som regel noe tid før gevinster er synlige. Utfordringene til kommunesektoren i de siste årene har snarere vært å unngå nedleggelse av forebyggende tiltak.

3. Forslag til endringer i Norsk pasientregisterforskriften.

Kommentert over

4. Forslag til forskrift om kommunens dekning av utgifter til helse- og omsorgstjeneste

Ingen kommentar

5. Forslag til opphevelse av forskrift om disponering av kontantytelser fra folketrygden under opphold i institusjon som nevnt i helse- og omsorgstjenesteloven og felles trivselsordning

Den nye loven medfører et klart behov for å harmonisere forskriftene som omfatter disponering av kontantytelser. I utgangspunktet ville institusjonene være tjent med å slippe å ivareta oppgaven med å disponere kontantytelser fra folketrygden for beboerne. Imidlertid er det problematisk å skaffe tilveie tilstrekkelig antall hjelpeverger slik situasjonen er i dag. Dersom forskriftene oppheves vil dette problemet øke. Mange pårørende ivaretar økonomien for sine på en god måte. Dessverre har kommunen også erfaring med at et lite antall pårørende disponerer midlene til seg selv slik at beboeren ikke får tilgang til tilstrekkelige midler for eget bruk. Hvorvidt forskriften skal opprettholdes for å beskytte disse beboeren er en vurderingssak.

Ås kommune går på bakgrunn av det ovenfor beskrevne inn for sekundærforslaget til ny forskrift.

Siden trivselsordningen er omtalt spesielt bemerkes følgende:

Midt i 4. avsnitt: ” *På rusinstitusjoner vil beboerne normalt være i tilstrekkelig fysisk form til å delta på turer og andre aktiviteter som krever ressurser. Det vil her trolig også være behov for aktiviteter ut over det et behandlingsopplegg kan tilby. Sykehjemsbeboere derimot, er i mange tilfeller svært svekket fysisk og mentalt. Det kan stilles spørsmål ved rimeligheten av å innføre ordninger hvor inntil 6,25 prosent av beboerens trygdemidler settes av til trivselstiltak som mange beboere ikke vil ha forutsetninger for å nyttiggjøre seg.*”

Trivselstiltak på sykehjem er svært populære. Om beboergruppen er svekket fysisk og mentalt, har de glede av ulike innslag av trivselstiltak. Dette er også en gruppe som ofte har vanskeligheter med å komme seg til ulike kulturtilbud være seg teater, kino, konserter eller annet. Det er derfor viktig at tilbudet finnes der de er, på sykehjemmet. Når sykehjemsbeboere spørres om hvordan de trives på sykehjemmet, er svaret ofte at det skjer for lite. Tilbudet må være tilpasset beboergruppen.

6. Forslag til forskrift om vederlag for kommunale helse- og omsorgstjenester utenfor institusjon

Forskriften er gjort mer forståelig for bruker og er erstattet med regler om hvilke tjenester det kan kreves vederlag for i motsetning til hva det ikke kan kreves for.

7. Forslag til forskrift om vederlag for kommunal legehjelp og fysikalsk behandling

Ingen kommentar

8. Forslag til forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon

Positivt med en tydelig definering av hva som faller inn under institusjonsbegrepet.

9. Forslag til forskrift om helsepersonellovens anvendelse

Det oppleves positivt at helsepersonelloven nå gjelder alle som yter tjenester etter lov om helse og omsorgstjenesten.

10. Forslag til forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket

Hensiktsmessig at denne retten til helse- og omsorgstjenester fremkommer i en samlet forskrift.

11. Forslag til endring av forskrift om individuell plan og koordinator etter helse- og omsorgslovgivningen

Ingen kommentar

12. Forslag til endring av forskrift om habilitering og rehabilitering

Ingen kommentar

13. Forslag til forskrift om oppjustering av driftsavtale for fysioterapeuter

Ingen kommentar