



DET KONGELIGE
HELSEDEPARTEMENT

Ot.prp. nr. 72

(2003–2004)

Om lov om endringer i lov
19. november 1982 nr. 66 om
helsetjenesten i kommunene og lov
5. august 1994 nr. 55 om vern mot
smittsomme sykdommer (delegering av
myndighet til interkommunale organer)

Innhold

1	Proposisjonens hovedinnhold	5			
2	Sammendrag	5			
3	Bakgrunn	6			
3.1	Opprettelsen av Mattilsynet og betydningen av dette for miljørettet helsevern	6	5.2.2	Høringsinstansenes syn	11
3.2	Smith-rapportene	6	5.2.3	Helsedepartementets vurderinger	11
3.3	Vurderinger og tiltak i Stortingsmelding nr. 16 innen miljørettet helsevern, smittevern og samfunnsmedisin (Folkehelsemeldingen)	7	5.3	Nærmere om ulike former for interkommunalt samarbeid	11
4	Gjeldende rett	7	5.3.1	Høringsnotatet	11
4.1	Generelt om organisering av oppgaver og delegering av myndighet til interkommunale organer	7	5.3.2	Høringsinstansenes syn	12
4.2	Miljørettet helsevern	8	5.3.3	Helsedepartementets vurderinger	12
4.2.1	Organisering av oppgaver innen miljørettet helsevern	8	5.4	Nærmere om klage på vedtak fattet av interkommunale organer	13
4.2.2	Delegering av myndighet innen miljørettet helsevern	8	5.4.1	Høringsnotatet	13
4.3	Smittevern	9	5.4.2	Høringsinstansenes syn	13
4.3.1	Organisering av oppgaver innen smittevern	9	5.4.3	Helsedepartementets vurderinger	13
4.3.2	Delegering av myndighet innen smittevern	9	5.5	Stansingsbestemmelsen i kommunehelsetjenesteloven §§ 4a-4 fjerde ledd og 4a-10	14
4.4	Oppsummering gjeldende rett	9	5.5.1	Høringsnotatet	14
5	Nærmere om lovforslagene	9	5.5.2	Høringsinstansenes syn	14
5.1	Forslag om hjemmel til å delegerer myndighet innen miljørettet helsevern og smittevern til interkommunale organer	9	5.5.3	Helsedepartementets vurderinger	14
5.1.1	Høringsnotatet	9	5.6	Kommunelegens oppgaver etter kommunehelsetjenesteloven § 3-5, kapittel 4a og smittevernloven § 7-2 ..	14
5.1.2	Høringsinstansenes syn	9	5.6.1	Høringsnotatet	14
5.1.3	Helsedepartementets vurderinger	10	5.6.2	Høringsinstansenes syn	14
5.2	Nærmere om behovet for nærhet til kommunale beslutningsorganer	10	5.6.3	Helsedepartementets vurderinger	15
5.2.1	Høringsnotatet	10	6	Økonomiske og administrative konsekvenser	15
			7	Merknader til bestemmelsene i lovforslaget	15
			7.1	Endringer i kommunehelsetjenesteloven	15
			7.2	Endringer i smittevernloven	16
				Forslag til lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helse-tjenesten i kommunene og lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer (delegering av myndighet til interkommunale organer)	18



DET KONGELIGE
HELSEDEPARTEMENT

Ot.prp. nr. 72

(2003–2004)

Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer (delegering av myndighet til interkommunale organer)

*Tilråding fra Helsedepartementet av 14. mai 2004,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Bondevik II)*

1 Proposisjonens hovedinnhold

Helsedepartementet legger med dette frem forslag til endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetjenesteloven) og lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer (smittevernloven). Endringsforslagene vil gi kommunene hjemmel til å delegerer myndighet til interkommunale organer på områdene miljørettet helsevern og smittevern. Helsedepartementet foreslår også å oppheve delegeringsskranken for stansing i kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a.

Forslagene tar utgangspunkt i et av tiltakene i Stortingsmelding nr. 16 (2002–2003) *Resept for et sunnere Norge* som ble behandlet av Stortinget 5. juni 2003. Regjeringen varsler her at den vil «åpne for at myndighet innen miljørettet helsevern og smittevern kan delegeres til interkommunale enheter» (boks 8.7) og at «det skal bli mulig for de kommuner som ønsker det, å delegerer myndighet innen miljørettet helsevern og eventuelt andre oppgaver til interkommunalt organ» (boks 9.3). Det vises videre til at kommuner som har organisert oppgavene innen miljørettet helsevern gjennom interkommunale organer (ofte sammen med interkommu-

nalt næringsmiddeltilsyn) har positive erfaringer med dette.

Forslaget innebærer ingen forventning fra Helsedepartementet om at kommunene bør organisere sine oppgaver innen miljørettet helsevern og smittevern interkommunalt. Den enkelte kommune vil måtte velge organisering ut fra sine ønsker og behov.

2 Sammendrag

I proposisjonen fremmer Helsedepartementet forslag til endringer i kommunehelsetjenesteloven og smittevernloven. Endringene vil gi kommunene hjemmel til å delegerer kommunens myndighet innen miljørettet helsevern og smittevern til interkommunale organer. Det vil også være mulig å delegerer myndighet til en annen kommune.

Helsedepartementet har kommet til at kommunene i dag har anledning til å organisere sine oppgaver etter kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a og smittevernloven i interkommunale organer. Det er imidlertid uklart hvorvidt slike organer kan få delegert kompetansen til å utøve myndighet etter regelverket.

Det foreslås at kommunene skal få hjemmel til å delegere myndighet til interkommunale organer. I forslaget ligger det verken føringer for eller forventninger til at kommunene skal organisere oppgavene interkommunalt. Helsedepartementet anser at ordningen vil være mest aktuell for de kommuner som i dag har vanskeligheter med å rekruttere kompetent personell. For at samarbeidsoppgavene skal bli ivaretatt på en tilstrekkelig god måte, bør kommuner som velger å organisere sine tjenester interkommunalt, formalisere samarbeidet mellom det interkommunale organet og andre sektorer/organer i kommunen.

Helsedepartementet ønsker ikke å åpne for at myndighetsutøvelse skal kunne delegeres til interkommunale aksjeselskaper. Miljørettet helsevern og smittevern er områder som innebærer utøvelse av inngripende myndighet, og det er viktig å sikre politisk styring og ansvar for folkehelsearbeidet generelt og arbeidet med miljørettet helsevern og smittevern spesielt. Interkommunalt samarbeid etter kommuneloven § 27 og interkommunale selskaper etter IKS-loven vil derfor være de aktuelle organisasjonsformene i dagens regelverk. Begrensningen gjelder bare der det skal delegeres myndighet, ikke for interkommunale organer som forbereder saker for kommunale organer. Dersom en kommune delegerer myndighet til en annen kommune, vil vedtak fattet av denne måtte stadfestes av kommunen der saken har sin opprinnelse.

Fylkesmannen er klageinstans for samtlige vedtak etter kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a og smittevernloven §§ 7-1 og 7-2, også for vedtak fattet av interkommunale organer.

Delegasjonsskranken i kommunehelsetjenesteloven § 4a-3 som sier at pålegg om stansing ikke kan delegeres fra kommunestyret oppheves. Kompetansen til å pålegge stansing kan etter dette delegeres både til kommunale og til interkommunale organer.

Der det opprettes interkommunale organer som får delegert myndighet og som har ansatt en eller flere leger bør også kommunelegens kompetanse etter kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a og smittevernloven delegeres. Det samme gjelder ved delegering til en annen kommune. Kommunelegens rolle vil utredes nærmere, jf. tiltakene i St.meld. nr. 16 (2002–2003).

3 Bakgrunn

3.1 Opprettelsen av Mattilsynet og betydningen av dette for miljørettet helsevern

Regjeringen har i flere dokumenter, blant annet St.prp. nr. 63 (2001–2002) *Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet* og St.prp. nr. 1 Tillegg nr. 8 (2002–2003) *Om ny organisering av matforvaltningen m.m.* lagt frem for Stortinget forslag til en omorganisering av matforvaltningen. Mattilsynet ble etablert 1. januar 2004 og består av en sammenslåing av Statens næringsmiddeltilsyn (SNT), de lokale næringsmiddeltilsynene (KNT), Statens dyrehelsetilsyn, Statens landbrukstilsyn og Fiskeridirektoratets sjømatavdeling.

Ved Stortingets behandling av saken ble det lagt til grunn at laboratorievirksomheten skal organiseres uavhengig av tilsynet. Dette innebar at de kommunale KNT-laboratoriene ikke ble overtatt av staten, og at Mattilsynet må kjøpe sine laboratorietjenester fra tilbydere av slike tjenester. Mattilsynet vil ha kompetanse som er verdifull for miljørettet helsevern i kommunene, og den kommunale helsetjenesten sitter med viktig informasjon og kompetanse som vil ha betydning for et godt mattilsyn. Det kan derfor være aktuelt med ulike former for samarbeid mellom Mattilsynet og helsetjenesten i kommunene.

De kommuner som tidligere har valgt å bygge opp kompetanse innen miljørettet helsevern i tilknytning til de kommunale og interkommunale næringsmiddeltilsynene sto fra 1. januar 2004 overfor en ny situasjon. Ressurser knyttet til miljørettet helsevern i de tidligere KNT skulle i utgangspunktet bli tilbake i kommunene, da miljørettet helsevern fortsatt er en kommunal oppgave. Til tross for dette antas det at reformen har medført en viss svekkelse av arbeidet med miljørettet helsevern. Den på sikt kanskje viktigste konsekvensen av matreformen, er likevel at kommunene ved overføringen av det lokale næringsmiddeltilsynet til staten har mistet det faglige og administrative støtteapparatet som lå i de delene som ble overført Mattilsynet fra KNT. Omorganiseringen av matforvaltningen har dermed i en del kommuner aktualisert et behov for å organisere arbeidet med miljørettet helsevern på en måte som kompenserer for en mulig svekkelse av feltet.

3.2 Smith-rapportene

I forbindelse med beslutningen om å opprette Mattilsynet, oppnevnte daværende Sosial- og helsedepartementet i brev av 14. november 2001 et utvalg

Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer (delegering av myndighet til interkommunale organer)

som skulle vurdere grenseflatene mellom det nye Mattilsynet og det miljørettede helsevernet under den kommunale helsetjenesten. Utvalget ble ledet av Anders Smith, fylkeslege i Akershus.

Utvalgets mandat var todelt: For det første skulle det kartlegge hvilke arbeidsoppgaver KNT utfører innen miljørettet helsevern, og hvordan kommunene ellers løser sine oppgaver på dette området. For det andre skulle utvalget vurdere og gi anbefalinger om hvordan oppgaver innenfor miljørettet helsevern kan ivaretas i en modell med et statlig mattilsyn.

Utvalget utarbeidet to delrapporter (Smith-rapportene). I rapport nr. 1 konkluderte utvalget med at KNT utfører omfattende arbeid for kommunenes miljørettede helsevern, særlig i form av faglig utredningsarbeid. Det ble videre understreket at ved statlig overtakelse av næringsmiddeltilsynene må kommunene sikres fortsatt bistand til arbeid med miljørettet helsevern. Dette gjaldt særlig på følgende tilsynsområder; drikkevann, badeanlegg og bassengbad, campingplasser, hoteller, herberger og serveringssteder, forsamlingslokaler, barnehager, skoler, røyking på utesteder, frisørsalonger og solarier, samt bistand ved opplysning knyttet til ernæring.

I rapport nr. 2 anbefalte utvalget at norske kommuner skal inviteres til å legge deler av sitt arbeid med miljørettet helsevern til interkommunale enheter, og at disse samlokaliseres med de lokale statlige mattilsynene. For å beholde og rekruttere fagpersonell i stillinger innenfor samfunnsmedisin, mente utvalget at kommunene bør vurdere å gå sammen om å ansette en lege med samfunnsmedisinsk kompetanse i den interkommunale ordningen. Videre anbefalte utvalget at det utredes hvilke endringer i kommunehelsetjenesteloven og smittevernloven som er nødvendige for å hjemle delegering av myndighet til interkommunale organer. I tillegg ønsket utvalget at staten går inn med økonomiske stimuleringsmidler for at kommunene skal gå inn i denne organisasjonsmodellen.

Utvalgets forslag ble sendt på høring høsten 2002. Flertallet av høringsinstansene var positive til interkommunalt samarbeid for å løse oppgaver innen miljørettet helsevern. Enkelte instanser pekte på at interkommunale organer kan virke styrkende for tilsynsoppgavene, men samtidig svekke samarbeidet med andre sektorer og med planmyndighetene i egne kommuner. Flere, deriblant KS, pekte også på at miljørettet helsevern er et kommunalt ansvar som kommunene selv står fritt til å velge hvordan de vil organisere.

3.3 Vurderinger og tiltak i Stortingsmelding nr. 16 innen miljørettet helsevern, smittevern og samfunnsmedisin (Folkehelsemeldingen)

I St.meld. nr. 16 (2002–2003) *Resept for et sunnere Norge* trekkes det opp strategier for folkehelsepolitikken. I meldingen drøftes blant annet forslagene i Smith-rapportene.

Regjeringen understreker i St.meld. nr. 16 (2002–2003) at kommunene ikke skal miste de ressursene som de kommunale næringsmiddeltilsynene i dag bidrar med innen miljørettet helsevern, når disse blir statlige. For å møte nye utfordringer foreslås det at kommuner skal kunne skape større fagmiljøer ved å organisere arbeidet gjennom interkommunale organer, og at det skal gis hjemmel for at kommunene skal kunne delegerer myndighet til slike organer. Regjeringen drøfter også samfunnsmedisinen og legerollen. Det pekes på at det i dag er vanskelig å rekruttere leger til kommunelegestillinger, blant annet på grunn av mangelen på fagmiljø og fordi det er mer lønnsomt å drive som fastlege. Regjeringen mener at sterkere fagmiljøer for samfunnsmedisinere kan etableres ved interkommunalt samarbeid, for eksempel knyttet til de nye lokale mattilsynene.

Regjeringens forslag i stortingsmeldingen når det gjelder delegering til interkommunale organer er i det vesentlige i tråd med anbefalingene i Smith-rapportene. Regjeringen foreslår at det åpnes for at kommuner skal kunne delegerer myndighet innen miljørettet helsevern og smittevern til interkommunale organer. Videre mener regjeringen at kommunene bør vurdere om interkommunale organer også kan være en naturlig forankring for kommuneleger som flere kommuner har gått sammen om å ansette. Regjeringen går imidlertid ikke inn for å gi øremerkede midler som favoriserer en bestemt organisasjonsmodell, fordi slike incentiver kan virke uheldig for kommuner som i dag har kommunale ordninger for miljørettet helsevern, eller som ønsker andre løsninger.

4 Gjeldende rett

4.1 Generelt om organisering av oppgaver og delegering av myndighet til interkommunale organer

Med delegering menes at et organ tildeler (delegerer) den rettslige kompetanse som det selv har, til et annet organ. Det organet som på denne måten får tildelt kompetanse kan da treffe beslutninger in-

Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer (delegering av myndighet til interkommunale organer)

nen delegeringsvedtakets rammer. Dersom delegeringen er lovlig, blir de beslutninger som treffes i medhold av delegeringen like gyldige som om de var truffet av det delegerende organet selv. Beslutningene treffes imidlertid i det nye organets navn. Det delegerende organ kan, dersom ikke annet er bestemt, når som helst og etter eget skjønn trekke myndighetstildelingen (delegeringen) tilbake.

Det delegerende organet kan, dersom ikke annet er bestemt, gi både generelle og individuelle instruksjoner om hvordan kompetansen skal benyttes, og kan normalt også beslutte at det selv skal treffe avgjørelsen i en bestemt sak. En delegering innebærer normalt ikke at det delegerende organet fraskriver seg sin kompetanse, bare at samme kompetanse også gis til et annet organ.

Det delegerende organet kan normalt av eget tiltak (ex officio) ta opp til overprøving de vedtak som treffes av det nye organet i medhold av delegeringen, og vedtakene kan endres innenfor de rammer som følger av forvaltningsloven § 35, eventuelt særlige omgjøringsregler i sektorlovene.

Det organet, for eksempel et kommunestyre, som delegerer sin kompetanse til et annet organ, beholder fortsatt det overordnede ansvaret for saksområdet og for hvordan kompetansen benyttes. Det delegerende organ vil derfor måtte påse at den delegerte myndigheten blir utøvd på en forsvarlig måte. Delegering innebærer derfor en praktisk avlastning men ikke en ansvarsfritakelse.

Kommuneloven og aktuelle særlover kan sette begrensninger i forhold til hvilke organer som har avgjørelsesmyndighet i bestemte saker, samt på hvilken måte avgjørelsen skal treffes og krav til innholdet av slike avgjørelser. Hvorvidt kommunene i dag har anledning til å organisere arbeidet innen miljørettet helsevern og smittevern i interkommunale organer, vil bero på en tolkning av lovgrunnlaget, her av kommunehelsetjenesteloven og smittevernloven.

Kommunene har innen miljørettet helsevern og smittevern kompetanse til å gi ulike pålegg i form av enkeltvedtak. Denne myndigheten er i lovene lagt til henholdsvis kommunestyret, kommunen og kommunelegen. Det rettslige utgangspunktet for delegering av myndighet til interkommunale organer er at kommunene må ha hjemmel for slik delegering. Desto mer inngripende myndighet som vurderes delegert, desto sterkere krav stilles det til klar hjemmel. For miljørettet helsevern og smittevern vil man måtte vurdere henholdsvis kommunehelsetjenesteloven og smittevernloven.

4.2 Miljørettet helsevern

4.2.1 Organisering av oppgaver innen miljørettet helsevern

Kommunehelsetjenesteloven regulerer ikke interkommunalt samarbeid spesielt. Fram til 1994 hadde loven i § 1–5 en relativt omfattende bestemmelse om samarbeid mellom kommuner. I 1994 ble bestemmelsen opphevet fordi «samarbeid mellom kommuner etter departementets mening er en selvfølge» (Ot.prp. nr. 60 (1993–94) side 26 og 37). Kommunehelsetjenesteloven § 1–6 har i dag en bestemmelse om at «departementet kan påby samarbeid mellom kommuner når det finnes påkrevet for en tilfredsstillende løsning av oppgaver innen helsetjenesten (...)». Innen miljørettet helsevern er denne myndigheten nå delegert til fylkesmannen gjennom forskrift om miljørettet helsevern § 15. Det fremkommer imidlertid klart i forarbeidene at bestemmelsen om påbud om samarbeid skal brukes med forsiktighet, og skal fungere som siste utvei i enkeltsaker, etter at frivillig samarbeid er forsøkt.

Forarbeidene til kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a drøfter organiseringen av kommunens oppgaver innen miljørettet helsevern. Interkommunalt samarbeid trekkes her fram som en mulig løsning for mindre kommuner for å sikre nødvendig kompetanse. Om nærheten til det daværende næringsmiddeltilsynet sies det at «et slikt samarbeid kan være særlig aktuelt for mange kommuner når det gjelder miljørettet helsevern og (departementet) vil anbefale at kommunene vurderer interkommunale ordninger etter mønster fra næringsmiddelkontrollen» (Ot.prp. nr. 40 (1986–87) side 47).

Kommunene har altså anledning til å organisere arbeidet innen miljørettet helsevern gjennom interkommunale ordninger.

4.2.2 Delegering av myndighet innen miljørettet helsevern

Det er kommunestyret som har myndigheten til å fatte vedtak etter kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a. I lovens § 4a-3 kan kommunestyret, med visse begrensninger, delegerer myndighet etter reglene i kommuneloven. Det er ikke gitt bestemmelser om delegering av myndighet til interkommunale organer. På denne bakgrunn er det uklart om det i dag er adgang til å delegerer kommunens myndighet etter kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a til interkommunale organer.

Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer (delegering av myndighet til interkommunale organer)

4.3 Smittevern

4.3.1 Organisering av oppgaver innen smittevern

De administrative og utøvende rollene til kommunen/kommunelegen og statlige institusjoner går fram av bestemmelsene i kapittel 7 i smittevernloven. Denne følger i hovedsak den vanlige oppgavefordelingen mellom kommune og stat.

Vedrørende adgangen til å organisere kommunale oppgaver innen smittevern interkommunalt, vises det til smittevernloven § 7–11 om at departementet kan «i forskrift gi bestemmelser om samarbeid, og om hvilket ansvar og hvilke oppgaver kommuner, fylkeskommuner og regionale helseforetak skal ha etter denne loven, kommunehelsetjenesteloven og lov om spesialisthelsetjenesten m.m. i forbindelse med smittsomme sykdommer». Det vises i forarbeidene (Ot. prp. nr. 91 (1992–93) side 76) til at det er behov for at departementet får hjemmel til å fastsette nærmere hvilke tjenester og tiltak som skal ligge under de enkelte forvaltningsnivåene. Hjemmelen til å gi forskrifter er forutsatt å være omfattende og vil særlig være aktuell å bruke hvor mistenkt smittede personer og helsepersonell er gitt konkrete plikter eller rettigheter etter loven.

På smittevernområdet har en følgelig hjemmel for i forskrift å gi bestemmelser om interkommunalt samarbeid for å løse oppgaver innen smittevern. Eksempel på dette er forskrift om tuberkulosekontroll § 2–1 annet ledd, der det går fram at kommuner kan samarbeide om tuberkulosekontrollprogrammet som alle kommuner skal ha.

4.3.2 Delegering av myndighet innen smittevern

Det er ikke i smittevernloven gitt bestemmelser om delegering av myndighet til interkommunale organer. På denne bakgrunn er det uklart om det i dag er adgang til å delegere kommunens myndighet etter smittevernloven til interkommunale organer.

4.4 Oppsummering gjeldende rett

Kommunene har adgang til å organisere arbeidet innen miljørettet helsevern og smittevern gjennom interkommunale organer.

Da det er uklart om kommunene kan delegere myndighet til å fatte vedtak innen miljørettet helsevern og smittevern, foreslås det at det gis en klar hjemmel for slik delegering i henholdsvis kommunehelsetjenesteloven og smittevernloven.

5 Nærmere om lovforslagene

5.1 Forslag om hjemmel til å delegere myndighet innen miljørettet helsevern og smittevern til interkommunale organer

5.1.1 Høringsnotatet

Helsedepartementet sendte 24. november 2003 forslag til endringer i kommunehelsetjenesteloven og smittevernloven på høring. Forslaget vil gi kommunene hjemmel til å delegere myndighet til interkommunale organer.

Det er flere forhold som tilsier at det kan være hensiktsmessig å organisere det miljørettede helsevernet og smittevernet i interkommunale organer. Særlig aktuelt er spørsmålet for de kommuner som tidligere har valgt å bygge opp kompetanse innen miljørettet helsevern i tilknytning til det kommunale eller interkommunale næringsmiddeltilsynet, da de fra 1. januar 2004 har mistet deler av sine nettverk og fagmiljøer.

En god ivaretagelse av oppgavene innen miljørettet helsevern og smittevern krever bred kompetanse, herunder helsefaglig, teknisk og miljøfaglig kompetanse. Etablering av interkommunale enheter er en løsning som kan gjøre det lettere å etablere og/eller beholde solide fagmiljøer for lokalt folkehelsearbeid og lokal samfunnsmedisin. Løsningen med interkommunale organer kan gi effektiv utnyttelse av kompetanse, og er kanskje særlig aktuell i små kommuner der det kan være vanskelig å ha eget personell og utstyr i tilstrekkelig grad. En slik enhet kan også langt på vei ivareta funksjonen med å bygge opp kunnskapsbaser og fakta om helse- og miljøtilstanden i en region, som er nyttige verktøy i folkehelsearbeidet. En samling av fagpersoner fra flere kommuner vil skape et større fagmiljø, og kan gi bedre muligheter for fagspesialisering. Der det etableres slike fagmiljøer, kan det være en hensiktsmessig arbeidsfordeling at kommunenes myndighet i henhold til regelverket også kan legges til dette fagmiljøet.

5.1.2 Høringsinstansenes syn

Helsedepartementet har i høringsrunden mottatt 69 uttalelser, hvorav 30 fra kommuner. De øvrige høringsuttalelsene kommer fra departementer, underliggende etater, fylkesmenn og organisasjoner. De fleste høringsinstansene støtter forslagene.

Et flertall av høringsinstansene er positive til at kommunene får flere alternativer til å organisere arbeidet innen miljørettet helsevern og smittevern, og mener at dette kan gi hensiktsmessige og funk-

sjonelle løsninger. Bedre muligheter til å bygge opp fagmiljøer som kan rekruttere og holde på kompetent personell, er blant fordelene mange av høringsinstansene trekker fram.

De få høringsinstansene som har uttrykt skepsis til forslaget er hovedsakelig store kommuner som lokalt har bygd opp solid kompetanse på feltet, og kommuner som tidligere har hatt blandede erfaringer fra interkommunalt samarbeid. De frykter blant annet at interkommunale løsninger på sikt kan bidra til at kompetanse bygges ned i den enkelte kommune. I følge disse høringsinstansene er det en fare for at miljørettet helsevern og smittevern blir fjernere fra de øvrige kommunale plan- og beslutningsprosessene. Det vil da være en fare for at muligheten for, kunnskapen om og viljen til å samarbeide med andre deler av kommunen om helsefremmende og forebyggende arbeid svekkes.

5.1.3 Helsedepartementets vurderinger

Forslaget om hjemmel til å delegerer myndighet til interkommunale organer vil gi kommunene større frihet i valg av organisering av oppgavene innen miljørettet helsevern og smittevern, og større mulighet til å tilpasse lokale behov og utfordringer. Det er opp til kommunene å avgjøre hvorvidt de ønsker å benytte denne løsningen og hvilke tjenester som eventuelt skal inngå. Etablering av interkommunale organer innen miljørettet helsevern og smittevern vil være mest aktuelt for de kommuner som har problemer med å bygge opp tilstrekkelig kompetanse lokalt.

Ved etablering av interkommunale enheter vil lokalkunnskap og nærhet til kommunal virksomhet være en utfordring både i forhold til tilsyns- og myndighetsoppgavene etter kapittel 4a, og samarbeidsoppgavene i § 1–4. Kommunene må være tydelige på hvilke oppgaver de vil delegerer og må gjennom delegeringsreglement, rutiner og samarbeidsavtaler sikre at den interkommunale enheten fortsatt prioriterer å gi faglige råd og veiledning til andre sektorer i kommunen og til kommunens overordnede styring. Videre skal det legges til rette for at andre deler av kommunen i større grad skal etterspørre informasjon og råd om helsemessige forhold, slik at den interkommunale enheten kommer tidlig inn i saker som har betydning for befolkningens helse. I den forbindelse vil departementet særlig vise til de føringer som fremkommer i St.meld. nr 16 (2002–2003) *Resept for et sunnere Norge*, forskrift 25. april 2003 nr. 486 om miljørettet helsevern og Veileder i miljørettet helsevern fra Sosial- og helsedirektoratet (IS-1104). Det understrekes i disse dokumentene at helsehensyn så langt

som mulig skal ivaretas gjennom ordinære plan- og beslutningsprosesser, dvs. at man skal ha et kommune- og oppgaveperspektiv fremfor sektorperspektiv på folkehelsearbeidet. Det er forventninger til at helsetjenesten er aktive bidragsyttere i dette arbeidet.

Helsedepartementet understreker at forslaget til delegering av myndighet til interkommunale organer verken legger føringer for eller forventninger til at kommunene skal etablere interkommunale organer for miljørettet helsevern og/eller smittevern. Den enkelte kommune må, innenfor rammene av regelverket, etablere den organisering som kommunen er best tjent med. Interkommunalt samarbeid om oppgavene krever heller ikke at det delegeres myndighet. Kommunene kan velge å organisere arbeidet interkommunalt, men beholde myndigheten til å gi eventuelle pålegg i medhold av regelverket. Kommunestyret har som kommunens øverste organ ansvaret for at oppgavene er organisert på en forsvarlig måte, og at vedtak som fattes er forsvarlige og innenfor rammene av regelverket. Dette gjelder like mye der oppgavene ivaretas av et interkommunalt organ som der oppgavene ivaretas av et organ innad i kommunen.

5.2 Nærmere om behovet for nærhet til kommunale beslutningsorganer

5.2.1 Høringsnotatet

Kommunenes oppgaver innen miljørettet helsevern omfatter både planleggings-, samarbeids- og rådgivningsoppgaver (jf. kommunehelsetjenesteloven § 1–4), og myndighetsutøvelse der kommunen fører tilsyn og kontroll med virksomheter, herunder myndighet til å gi pålegg i form av enkeltvedtak (jf. kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a). Det kan i enkelte saker, særlig når det gjelder myndighetsoppgavene, være en fordel om organet som utøver myndighet har en viss distanse til kommunen. Dette gjelder spesielt der et miljørettet helsevern organ fører tilsyn med kommunale virksomheter, som for eksempel skoler. Interkommunale organer vil også kunne sikre et helhetlig tilsyn innenfor flere kommuner i samme region.

Samarbeidsoppgavene i kommunehelsetjenesteloven § 1–4 er oppgaver som er av en annen karakter, og det kreves her en viss nærhet til både kommunens plan- og beslutningssystemer og til andre sektorer. Dersom avstanden blir for stor til de besluttende kommunale myndigheter, vil det kunne medføre at bevisstheten rundt folkehelsearbeid og helsehensyn blir mindre i kommunene. Det å få gjennomslagskraft overfor beslutninger og be-

Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer (delegering av myndighet til interkommunale organer)

slutningstakere, avhenger blant annet av god kontakt med andre etater og beslutningsorganer. Det vil være en fare for at et interkommunalt organ vil kunne bli for tilsynsfokusert, og dermed få problemer med å ivareta oppgaver som krever integrert samarbeid og nærkontakt med ulike samarbeidspartnere i kommunene.

5.2.2 Høringsinstansenes syn

Høringsinstansene støtter i hovedsak departementets syn på at et interkommunalt organ kan styrke myndighetsoppgavene etter kapittel 4a og bidra til et helhetlig og mer uavhengig tilsyn. Mange høringsinstanser mener det er en fare for at planleggings-, samarbeids- og rådgivningsoppgavene etter § 1–4 kan bli nedprioritert i et interkommunalt organ. De fleste mener imidlertid at dette må kunne løses gjennom klare og tydelige avtaler om arbeidsoppgaver og samarbeid. Flere høringsinstanser påpeker at deltakelse i planprosesser og samarbeid med andre myndigheter krever tid og ressurser. Den største utfordringen er imidlertid oftere mangel på kapasitet og kompetanse, enn at kompetanse som finnes i kommunen ikke blir brukt. Samarbeid med andre kommuner om personell ses derfor på som en aktuell løsning for å få tilgang på kompetanse.

Det påpekes også at en må beholde noe samfunnsmedisinsk kompetanse lokalt i kommunene, blant annet som bestillerkompetanse og medisinsk faglig rådgivning. Det vises her til punkt 5.6.

5.2.3 Helsedepartementets vurderinger

Det er i dag store variasjoner i hvilken grad kommunene ivaretar sine oppgaver og sitt ansvar innen miljørettet helsevern, og generelt er disse oppgavene svakt ivaretatt. Mange kommuner mangler tilgang på personell og har dermed liten kontinuitet i arbeidet. Innføringen av fastlegeordningen har ikke gjort det enklere å rekruttere kommuneleger eller engasjerte leger til samfunnsmedisinske oppgaver. Ved å legge til rette for et større interkommunalt fagmiljø innen miljørettet helsevern og smittevern vil en kunne få en helsetjeneste som både kan bidra til et mer helhetlig tilsyn og yte bedre fagkompetanse overfor kommunens øvrige forvaltning.

For at samarbeidsoppgavene skal bli ivaretatt må kommunens helsetjeneste ha tilstrekkelig kapasitet og kompetanse for å synliggjøre og ivareta fagområdet. Samarbeidet med viktige aktører og myndigheter må formaliseres gjennom rutiner og avtaler, og samarbeidsarenaene må defineres. For å

lykkes må helsetjenesten også ha plan- og prosesskompetanse for å kunne gi gode innspill i forhold til de problemstillinger en står overfor. Det vises her til St.meld. nr. 16 (2002–2003) kapittel 8. I oppfølgingen av stortingsmeldingen vil det fra sentrale helsemyndigheters side bli lagt vekt på veiledning til kommunene om helse i kommunal planlegging. Veiledningen skal inkludere hvordan helsetjenestens medvirkning i planarbeid kan skje.

Ivaretagelse av oppgavene etter kommunehelsetjenesteloven § 1–4 og kapittel 4a må uansett organisering bygge på lokal kunnskap og et nært samarbeid med kommunene.

5.3 Nærmere om ulike former for interkommunalt samarbeid

5.3.1 Høringsnotatet

Det finnes ulike former for samarbeid mellom kommuner, fra uformelle nettverk for erfaringsutveksling til helhetlig kommunalt samarbeid om kjerneområder. Interkommunale organer vil kunne forbedre saker for kommunale beslutningsorganer. Med de foreslåtte lovendringene vil det også bli mulig å delegerede vedtakskompetanse til interkommunale organer.

Interkommunalt samarbeid kan organiseres på ulike måter; samarbeid etter lov 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) § 27, interkommunalt selskap etter lov 29. januar 1999 nr. 6 om interkommunale selskaper (IKS-loven), aksjeselskap etter lov 13. juni 1997 nr. 44 om aksjeselskaper (aksjeloven) og stiftelse etter lov 15. juni 2001 nr. 59 om stiftelser (stiftelsesloven). I høringsnotatet ble de to førstnevnte organisasjonsformene ansett å være de mest aktuelle i de tilfeller der interkommunale organer får delegert myndighet etter kommunehelsetjenesteloven og smittevernloven. Høringsnotatet la ikke opp til at en kommune skal kunne delegerede sin myndighet til en annen kommune (vertskommune).

I høringsnotatet ønsket ikke Helsedepartementet å legge føringer på hvordan kommunene skal organisere oppgavene innen miljørettet helsevern og smittevern. Dette gjaldt både i forhold til om kommunene ønsker å inngå interkommunalt samarbeid, hvilken organisasjonsform som eventuelt velges, hvorvidt et slikt organ bør få delegert myndighetsutøvelse, og hvilke oppgaver som legges til det interkommunale organet (for eksempel hvilke andre tjenester miljørettet helsevern og/eller smittevern kan organiseres sammen med).

5.3.2 Høringsinstansenes syn

Høringsinstansene varierer i sitt syn på om det bør legges begrensninger på hvilke organisasjonsformer kommunene kan velge for interkommunale organer. Noen høringsinstanser, herunder en del kommuner, ønsker at valg av organisasjonsform skal være fritt. Flere høringsinstanser som drøfter denne problemstillingen nærmere, mener imidlertid at det ikke vil være hensiktsmessig ut fra behovet for politisk ansvar og styring at myndighet innen miljørettet helsevern og smittevern skal kunne delegeres til aksjeselskaper. Kommunal- og regionaldepartementet mente i sin høringsuttalelse at det kan være behov for å avgrense valg av organisasjonsform for et interkommunalt organ da det omhandler delegering av svært inngripende myndighet.

Få høringsinstanser uttaler seg om det bør være begrensninger i hvilke andre oppgaver det kan være aktuelt å organisere miljørettet helsevern og/eller smittevern sammen med.

5.3.3 Helsedepartementets vurderinger

Der det opprettes et interkommunalt organ, vil den valgte organisasjonsform legge premisser for ivaretagelsen av de oppgaver som legges til organet. Der det etableres samarbeid etter kommuneloven § 27 eller et interkommunalt selskap etter IKS-loven, vil deltakerne/eierne være kommuner (og eventuelt fylkeskommuner og andre IKS). Disse organisasjonsformene vil sikre en viss grad av politisk ansvar og styring med oppgavene. I forbindelse med tilpasningen av kommunehelsetjenesteloven til kommuneloven i 1994, ble det understreket at kommunens oppgaver innen miljørettet helsevern omfatter dels vidtgående og inngripende vedtakskompetanse. Oppgavene ble derfor lagt til kommunestyret framfor til kommunen som sådan. Det vises her til Ot.prp. nr 60 (1993–94) *Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66(...)* side 25. Det er videre klart at et § 27-samarbeid eller et IKS vil være et forvaltningsorgan som er underlagt de krav som følger av for eksempel forvaltningsloven og offentlighetsloven.

Muligheten for politisk styring og tydeliggjøring av kommunenes ansvar vil som hovedregel være svakere dersom oppgavene skal ivaretas gjennom et interkommunalt aksjeselskap. Miljørettet helsevern og smittevern er områder som innebærer delegering av inngripende myndighet, herunder pålegg om konsekvensutredning, retting og stansing av virksomheter. Med aksjeselskaper vil denne myndigheten kunne utøves av private retts-

subjekter. Det er videre et viktig hensyn å sikre at disse oppgavene ikke løsrives fra det politiske ansvaret i kommunene. Miljørettet helsevern og smittevern er viktige deler av folkehelsearbeidet i kommunene. Det vises til at St.meld. nr. 16 (2002–2003) kapittel 8 der det understrekes at man i folkehelsearbeidet skal ha et kommuneperspektiv fremfor et sektorperspektiv. En forutsetning for dette er å sikre at folkehelsearbeidet forankres politisk i kommunene. Helsedepartementet finner derfor at myndighet innen miljørettet helsevern og smittevern ikke skal kunne delegeres til aksjeselskaper.

Helsedepartementet mener at av de organisasjonsformer man har i dagens regelverk, skal interkommunalt samarbeid etter kommuneloven § 27 og interkommunalt selskap etter IKS-loven, være de aktuelle formene dersom det skal delegeres myndighet innen miljørettet helsevern og/eller smittevern. Det vises imidlertid til at Kommunal- og regionaldepartementet på ny skal vurdere de rettslige rammene for interkommunalt samarbeid. Eventuelt nye samarbeidsformer som ivaretar ovennevnte hensyn vil også kunne være aktuelle ved delegering av myndighet til interkommunalt organ innen miljørettet helsevern og/eller smittevern.

Der et interkommunalt organ ikke får delegert myndighet, men forbereder saker for kommunale organer, vil det ikke være noen begrensning i organisasjonsform. Aksjeselskap vil her være en aktuell organisasjonsform.

Det vil være mulig for en kommune å delegere sin myndighet innen miljørettet helsevern og smittevern til en annen kommune (vertskommune). For å sikre at oppgavene ikke løsrives fra kommunen, vil det imidlertid være et vilkår at vedtak fattet av vertskommunen skal stadfestes av den kommune der saken har sin opprinnelse. Det er kommunestyret, eller den som får myndighet av kommunestyret etter vanlige delegeringsregler, som stadfester vedtak.

Helsedepartementet understreker at også der det opprettes interkommunalt samarbeid, vil oppgavene måtte løses innenfor de rammene som regelverket setter. Miljørettet helsevern og smittevern er en del av kommunens helsetjeneste. Helseilsynet fører tilsyn med at kommunenes miljørettet helsevern- og smitteverntjenester er forsvarlige og hensiktsmessige, jf. blant annet kommunehelsetjenesteloven § 6–3 og lov om statlig tilsyn med helsetjenesten. Kravet til forsvarlige tjenester innebærer blant annet at kommunen har ansvaret for at den nødvendige faglige kompetansen ligger til organet. Ut over dette vil det ikke være begrensninger på hvilke oppgaver som kan organiseres sammen med miljørettet helsevern og/eller smittevern.

5.4 Nærmere om klage på vedtak fattet av interkommunale organer

5.4.1 Høringsnotatet

Etter kommunehelsetjenesteloven § 4a-12 er fylkesmannen klageinstans for vedtak som er truffet av kommunestyret (eller den som er delegert myndigheten) etter kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a. Fylkesmannen er også klageinstans for kommunalt vedtak etter smittevernloven § 8–3.

Forslaget innebærer at det ikke gjøres endringer i klagereglene for vedtak etter kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a og/eller smittevernloven for de tilfellene der vedtak fattes av interkommunale organer. Det påpekes imidlertid at kommunestyret i den kommune der saken har sin opprinnelse, har adgang til å bestemme at eventuelle klager skal forelegges kommunestyret før det oversendes Fylkesmannen. Kommunestyret kan for eksempel i sitt delegeringsvedtak legge føringer på at dette skal gjøres i alle saker som påklages. Etter forvaltningsloven § 33 annet ledd og § 35 annet ledd vil kommunestyret da kunne opprettholde, oppheve eller endre vedtaket. Kommunestyrets opphevelses- og omgjøringskompetanse etter § 33 annet ledd og § 35 annet ledd vil være den samme for vedtak fattet av et interkommunalt organ, som for et vedtak fattet av et kommunalt organ.

5.4.2 Høringsinstansenes syn

De høringsinstansene som uttaler seg spesielt om klageadgangen slutter seg til at det ikke bør opprettes egne klageordninger for vedtak fattet av interkommunale organer. Flere høringsinstanser påpeker imidlertid at det må være klart at de enkelte kommunenes politiske organer fortsatt har ansvaret for ivaretagelsen av oppgavene. To høringsinstanser påpeker at interkommunale organer bør fremgå direkte av ordlyden i kommunehelsetjenesteloven § 4a-12.

5.4.3 Helsedepartementets vurderinger

Det gjøres ikke endringer i klagereglene for de tilfeller der vedtak fattes av interkommunale organer. Fylkesmannen skal være klageinstans for vedtak fattet av kommune, kommunelege og interkommunalt organ etter kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a og smittevernloven. Departementet er enig i at dette bør presiseres i ordlyden i klagebestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven og smittevernloven at fylkesmannen også er klageinstans for vedtak fattet av et interkommunalt organ.

At vedtak kan påklages til Fylkesmannen gjel-

der altså uavhengig av om vedtaket er truffet av kommunestyret selv, et kommunalt eller et interkommunalt organ. Det er et generelt prinsipp at det delegerende organ, her kommunestyret, beholder det overordnede ansvaret for saksområdet og for hvordan kompetansen benyttes. For eksempel kan kommunestyret i den kommune der saken har sin opprinnelse, bestemme at eventuelle klager skal forelegges kommunen før det oversendes Fylkesmannen. Dette kan gjøres i enkeltsaker, eller generelt for eksempel gjennom delegeringsvedtaket. Etter forvaltningsloven har overordnet myndighet, her kommunestyret, en viss mulighet til å sikre seg en rolle i klagesaksbehandlingen. Etter forvaltningsloven § 33 vil kommunestyret kunne opprettholde, oppheve eller endre vedtaket i samsvar med klagen. Videre vil kommunestyret ha kompetanse etter forvaltningsloven § 35 annet, tredje og femte ledd som «overordnet organ». Dette innebærer at kommunestyret etter en interesseavveining også kan endre et gyldig vedtak til ugunst for klageren.

Om denne problemstillingen har Justisdepartementet uttalt følgende: «En slik endring (til ugunst for klageren) fra kommunestyrets side vil formelt sett være et nytt vedtak, og det oppstår da spørsmål om dette automatisk skal oversendes Fylkesmannen som oppfølging av den klagen som ble inngitt mot underinstansens første vedtak eller om det nye vedtaket skal gjøres kjent for parten med ny klagefrist. Det vil etter vårt syn være mest i overensstemmelse med bestemmelsene om at Fylkesmannen er klageinstans, at et eventuelt slikt vedtak sendes direkte til fylkesmannen uten å vente på ny klage. Når Fylkesmannen er utpekt som klageinstans bør det innebære at klageren har krav på at klagen, uten videre aktivitet fra klagerens side, forelegges for Fylkesmannen så sant ikke enten underinstansen eller kommunestyret imøtekommer klagen.

De særlige begrensninger i kommunale klageorgans rett til omgjøring etter § 35 fjerde ledd kommer neppe til anvendelse, fordi kommunestyret i dette tilfellet ikke er *klageinstans*, men kommer inn i saken i egenskap av å ha delegert sin kompetanse til det interkommunale organet. Det forhold at kommunestyret beholder det politiske ansvaret for bruken av den delegerte kompetansen, tilsier også at kommunestyret bør ha en slik omgjøringsadgang.»

Helsedepartementet slutter seg til Justisdepartementets vurdering.

Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer (delegering av myndighet til interkommunale organer)

5.5 Stansingsbestemmelsen i kommunehelsetjenesteloven §§ 4a-4 fjerde ledd og 4a-10

5.5.1 Høringsnotatet

Det foreslås at myndigheten til å gi pålegg om stansing etter §§ 4a-4 fjerde ledd og 4a-10 skal kunne delegeres både etter kommunelovens regler og til et interkommunalt organ. Reglene for delegering i kommunehelsetjenesteloven § 4a-3 er i dag til hinder for at kommunestyret kan delegere myndighet til å gi pålegg om stansing i medhold av kommunehelsetjenesteloven §§ 4a-4 fjerde ledd og 4a-10.

Helsedepartementet viser til at kommunestyret skal stanse hele eller deler av virksomheten i medhold av § 4a-10, dersom det oppstår forhold som medfører «en overhengende fare for helseskade». Hva som ligger i dette vilkåret vil i hovedsak være en faglig vurdering. Dersom det foreligger et forhold som utgjør en «overhengende fare for helseskade», vil kommunestyret ha en plikt å stanse forholdet. Stansing er også et aktuelt virkemiddel overfor virksomheter som er godkjenningsspliktige, og som driver uten nødvendig godkjenning, jf. § 4a-4 fjerde ledd. Det er her et vilkår at de «ulempene stansingen vil medføre, står i rimelig forhold til den helsefare som unngås».

5.5.2 Høringsinstansenes syn

De fleste høringsinstansene støtter forslaget om at delegeringsskranken for pålegg om stansing etter kommunehelsetjenesteloven §§ 4a-4 fjerde ledd og 4a-10 fjernes.

5.5.3 Helsedepartementets vurderinger

Helsedepartementet foreslår at myndigheten til å gi pålegg om stansing innen miljørettet helsevern kan delegeres fra kommunestyret. Der det foreligger en overhengende fare for helseskade, har kommunestyret etter regelverket en *plikt* til å stanse den aktuelle virksomhet. Vurderingen av vilkåret om overhengende fare for helseskade er i hovedsak en faglig vurdering, og må derfor gjøres av kompetent personell.

5.6 Kommunelegens oppgaver etter kommunehelsetjenesteloven § 3–5, kapittel 4a og smittevernloven § 7–2

5.6.1 Høringsnotatet

Helsedepartementet foreslår i høringsnotatet en endring i kommunehelsetjenesteloven § 4a-3 og smittevernloven § 7–2, slik at kommunelegens opp-

gaver innen miljørettet helsevern og smittevern skal kunne delegeres til en tilsvarende stilling i et interkommunalt organ. Helsedepartementet viser til at Regjeringen i St.meld. nr. 16 (2002–2003) på side 84 sier at kommunene bør vurdere om interkommunale enheter også kan være en naturlig forankring for kommuneleger som flere kommuner har valgt å gå sammen om å ansette.

Alle kommuner skal etter kommunehelsetjenesteloven § 3–5 ansette en eller flere kommuneleger. Kommunelegen er i lov- og forskriftsverket tillagt en rekke oppgaver, herunder myndighetsoppgaver. Innen smittevernet har kommunelegen en rekke oppgaver som følger direkte av lov og forskrifter. Innen det miljørettede helsevernet vil kommunelegen ha en viktig medisinsk faglig kompetanse, for eksempel i forhold til ulike miljøfaktors virkning på helsen. Kommunelegen har også myndighet til å gi pålegg i hastesaker, jf. kommunehelsetjenesteloven § 4a-3 annet ledd. Kommunelegen vil være en viktig ressurs i det generelle folkehelsearbeidet, blant annet i forbindelse med rådgivning i forhold til helsekonsekvenser av ulike planer og tiltak. Kommunelegens tilrådning og begrunnelse skal etter kommunehelsetjenesteloven § 3–5 tredje ledd alltid følge saken når kommunen behandler saker om blant annet miljørettet helsevern og smittevern. Det kan derfor være hensiktsmessig at interkommunale enheter knytter til seg slik samfunnsmedisinsk kompetanse. Der det opprettes interkommunale organer innen miljørettet helsevern og smittevern som utøver myndigheten etter regelverket, bør også kommunelegens oppgaver på disse områdene delegeres til et slikt organ for å sikre en helhetlig ivaretagelse av oppgavene.

Kommunens plikt til å ha kommunelege og kommunelegens øvrige oppgaver berøres ikke av forslaget. Helsedepartementet ser at miljørettet helsevern og smittevern, inkludert medisinsk faglig rådgivning mot andre sektorer utgjør viktige deler av kommunelegens oppgaver.

5.6.2 Høringsinstansenes syn

Flere høringsinstanser påpeker at endringer i sentrale rammevilkår, for eksempel fastlegereformen og etableringen av Mattilsynet, har gjort det vanskeligere å få til et velfungerende miljørettet helsevern og smittevern. Noen kommuner er tvilende til hvorvidt intensjonen om å sikre mer robuste kompetansemiljøer vil nås, og det uttrykkes bekymring for at det vil bli vanskeligere for kommunene å rekruttere leger til ordinære kommunelegestillinger. De fleste høringsinstansene støtter imidlertid forslaget og ser forslaget som et skritt i retning av å vi-

Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer (delegering av myndighet til interkommunale organer)

taliserer den samfunnsmedisinske kompetansen som ligger ubenyttet i mange kommuner på grunn av uhensiktsmessig organisering og manglende tilrettelegging.

Flere høringsinstanser påpeker at dersom den foreslåtte lovendringen iverksettes, bør alle kommunelegeoppgaver kunne delegeres til en tilsvarende stilling i et interkommunalt organ.

5.6.3 Helsedepartementets vurderinger

Helsedepartementet ønsker med lovendringen å gi mulighet for å styrke folkehelsearbeidet og den samfunnsmedisinske aktiviteten i kommuner som ellers vil ha vanskeligheter med å rekruttere og beholde den nødvendige kompetanse. De kommuner som velger å etablere interkommunale organer innen miljørettet helsevern og/eller smittevern, vil kunne ansette en lege i det interkommunale organet. Der det opprettes interkommunale organer som får delegert myndigheten etter regelverket, bør også kommunelegens oppgaver på disse områdene delegeres for å sikre en helhetlig ivaretagelse av oppgavene. Helsedepartementet mener det er viktig at det etableres kontakt mellom ordinær kommunelege og lege i det interkommunale organet.

Det foreslås i denne omgang ikke endringer i kommunehelsetjenesteloven § 3–5 om kommunens plikt til å ansette en eller flere kommuneleger. De kommuner som etablerer og delegerer myndighet til et interkommunalt organ med samfunnsmedisinsk kompetanse, må derfor fortsatt ha kommunelege som skal ivareta de øvrige oppgavene. Som eksempel på resterende oppgaver kan nevnes kommunelegens myndighet til å vedta tvungen undersøkelse i medhold av lov om psykisk helsevern § 3–5.

Når departementet i denne omgang ikke foreslår at alle kommunelegeoppgaver skal kunne utøves av en kommunelege ansatt i et interkommunalt organ, har dette sammenheng med at det blant annet som en oppfølging av St.meld. nr. 16 (2002–2003) *Resept for et sunnere Norge*, er igangsatt et arbeid på dette feltet. Det vises blant annet til tiltakene utredning av legespesialiteten og samfunnsmedisin generelt, klargjøring av kommunelege 1-oppgavene og gjennomgang av organisatoriske og økonomiske sider ved den samfunnsmedisinske legerollen. Helsedepartementet mener at kommunelegens rolle bør klargjøres som et ledd i denne prosessen.

I de tilfeller der kommunelegens oppgaver innen miljørettet helsevern og/eller smittevern er delegert til en lege i et interkommunalt organ, bør

den medisinsk-faglige rådgivning innen disse områder, samt tilrådning og begrunnelse i enkeltsaker, jf. kommunehelsetjenesteloven § 3–5 annet og tredje ledd, være blant oppgavene som blir delegert.

6 Økonomiske og administrative konsekvenser

Forslagene som sendes på høring vil gi de kommuner som ønsker det hjemmel til å delegere myndighet innen miljørettet helsevern og smittevern til interkommunale organer. Forslagene vil ikke medføre endring i kommunenes oppgaver. Det antas at for enkelte kommuner vil en interkommunal løsning av disse oppgavene kunne gjøre det lettere å etablere tilstrekkelig kompetanse innen miljørettet helsevern og smittevern.

7 Merknader til bestemmelsene i lovforslaget

7.1 Endringer i kommunehelsetjenesteloven

Til § 4a-3

Endringen gir kommunen hjemmel til å delegere kommunestyrets myndighet til interkommunalt organ og kommunelegens myndighet i hastesaker til en lege i tilsvarende stilling i et interkommunalt organ.

Med interkommunalt organ menes her samarbeid etter lov 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner § 27 og interkommunale selskaper etter lov 29. januar 1999 nr. 6 om interkommunale selskaper. Kommunene vil ikke kunne delegere myndighet til interkommunale aksjeselskaper. Det vises til at Kommunal- og regionaldepartementet på ny skal vurdere de rettslige rammene for interkommunalt samarbeid. Eventuelle nye samarbeidsformer som ivaretar hensynet til politisk ansvar og styring, vil også kunne være aktuelle ved delegering av myndighet til interkommunalt organ innen miljørettet helsevern. Det vises til punkt 5.3.

Der et interkommunalt organ ikke får delegert myndighet, men forbereder saker for kommunale organer, vil det ikke være noen slik begrensning i organisasjonsform.

Kommunelegens hastekompetanse etter § 4a-3 annet ledd skal som hovedregel utøves av den kommunelege som har ansvaret for oppgavene innen miljørettet helsevern. Dette innebærer at dersom kommunens oppgaver er lagt til et interkommunalt organ som har ansatt en lege, bør denne hastekom-

Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer (delegering av myndighet til interkommunale organer)

petansen i utgangspunktet utøves av denne. Det er viktig for å få et helhetlig og forsvarlig miljørettet helsevern at oppgavene samles ett sted. Der oppgaver er delegert til et interkommunalt organ *som har ansatt en lege*, bør den medisinsk-faglige rådgivning, samt tilrådning og begrunnelse i enkeltsaker om miljørettet helsevern etter kommunehelsestjenesteloven § 3–5 også delegeres. Det vises til punkt 5.6.

Dersom en kommune velger å delegere sin myndighet innen miljørettet helsevern til en annen kommune (vertskommune), må vedtak fattet av vertskommunen stadfestes av den kommune der saken har sin opprinnelse. Det er kommunestyret, eller den som får myndighet av kommunestyret etter vanlige delegeringsregler, som stadfester vedtak. Vedtak fattet av en vertskommune vil ikke være gyldig før slik stadfestelse har funnet sted. Ved stadfestelse av vedtak skal det både foretas en legalitetskontroll og en prøving av skjønnet. Det vil ikke være aktuelt med en stadfestelsesordning for kommunelegens hastekompetanse etter khl § 4a-3 annet ledd. Hastevedtak skal benyttes der det er viktig å fatte vedtak raskt for å forhindre eller redusere helseskade.

Kommunestyret vil som kommunens øverste organ ha ansvar for at oppgavene ivaretas på en forsvarlig måte, og innenfor rammene av regelverket. Dette gjelder både der oppgavene legges til et kommunalt eller interkommunalt organ, eller til en annen kommune.

Helsedepartementet foreslår at skranken mot å delegere myndighet til å gi pålegg om stansing etter §§ 4a-4 fjerde ledd og 4a-10 fjernes. Der det foreligger en overhengende fare for helseskade, har kommunestyret etter regelverket en *plikt* til å stanse den aktuelle virksomhet. Vurderingen av vilkåret om overhengende fare for helseskade er i hovedsak en faglig vurdering, og må derfor gjøres av kompetent personell.

Til § 4a-12:

Med kommunestyret menes i lovteksten den myndighet som i loven ligger til kommunestyret og som kan delegeres etter reglene i kommuneloven til et organ (folkevalgt eller administrativt) i kommunen. De foreslåtte lovendringene vil også gi hjemmel for å delegere myndighet til et interkommunalt organ. Fylkesmannen avgjør klager på vedtak truffet av kommunestyret (herunder myndighet delegert etter reglene i kommuneloven), kommunelege eller interkommunalt organ. Vedtak fattet av en vertskommune anses å være et kommunalt vedtak da det skal stadfestes av kommunen der hvor saken har sin opprinnelse.

At vedtak kan påklages til Fylkesmannen gjelder uavhengig av om vedtaket er truffet av kommunestyret selv, av et kommunalt eller et interkommunalt organ. Det er et generelt prinsipp at det delegerende organ, her kommunestyret, beholder det overordnede ansvaret for saksområdet og for hvordan kompetansen benyttes. Etter forvaltningsloven har overordnet myndighet en viss mulighet til å sikre seg en rolle i klagesaksbehandlingen. For eksempel kan kommunestyret i den kommune der saken har sin opprinnelse, bestemme at eventuelle klager skal forelegges kommunen før det oversendes fylkesmannen. Dette kan gjøres i enkeltsaker, eller generelt for eksempel gjennom delegeringsvedtaket. Etter forvaltningsloven § 33 vil kommunestyret kunne opprettholde, oppheve eller endre vedtaket i samsvar med klagen. Videre vil kommunestyret ha kompetanse etter forvaltningsloven § 35 annet, tredje og femte ledd som «overordnet organ». Det vises til punkt 5.4.3.

7.2 Endringer i smittevernloven

Til § 7–1 nytt sjette ledd og § 7–2 nytt fjerde ledd:

Kommunens myndighet kan i dag delegeres til et kommunalt organ (folkevalgt eller administrativt) etter reglene i kommuneloven. Endringene gir kommunen i tillegg hjemmel til å delegere kommunens myndighet til et interkommunalt organ og kommunelegens myndighet til en lege i tilsvarende stilling i et interkommunalt organ.

Med interkommunalt organ menes her samarbeid etter lov 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner § 27 og interkommunale selskaper etter lov 29. januar 1999 nr. 6 om interkommunale selskaper. Kommunene vil ikke kunne delegere myndighet til interkommunale aksjeselskaper. Det vises til at Kommunal- og regionaldepartementet på ny skal vurdere de rettslige rammene for interkommunalt samarbeid. Eventuelle nye samarbeidsformer som ivaretar hensynet til politisk ansvar og styring, vil også kunne være aktuelle ved delegering av myndighet til interkommunalt organ innen smittevern. Der et interkommunalt organ ikke får delegert myndighet, men forbereder saker for kommunale organer, vil det ikke være noen slik begrensning i organisasjonsform. Det vises til punkt 5.3.

Kommunen og kommunelegen har i henhold til forskrifter etter smittevernloven nærmere definerte oppgaver innen smittevernet. Eksempler på dette er forskrift av 21. juni 2002 nr. 567 om tuberkulosekontroll §§ 4–1 og 4–2 hvor kommunen og kommunelegen har sentrale roller i tuberkulosekontrollen.

Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer (delegering av myndighet til interkommunale organer)

Kommunelegen er også en sentral aktør som mot-taker av varsler om nærmere bestemte smittsomme sykdommer i henhold til forskrift av 20. juni 2003 nr. 740 om MSIS- og Tuberkuloseregisteret kapittel 3. Kommunelegens individ- og pasientrettede oppgaver innenfor smittevernet, for eksempel etter forskrift 21. juni 2002 nr. 567 om tuberkulosekontroll, vil også kunne delegeres til en lege i det interkommunale organet.

Det er viktig for å få et forsvarlig smittevern at oppgavene samles ett sted. Der kommunelegens oppgaver etter lov og forskrifter er delegert til en lege i et interkommunalt organ eller en annen kommune, bør de øvrige oppgavene innen smittevernet, som medisinsk-faglig rådgivning, samt tilrådning og begrunnelse i enkeltsaker etter kommunehelse-tjenesteloven § 3–5, også delegeres.

Dersom en kommune velger å delegeres sin myndighet innen smittevern til en annen kommune (verts-kommune), må vedtak fattet av vertskommunen stadfestes av den kommune der saken har sin opprinnelse. Det er kommunestyret, eller den som får myndighet av kommunestyret etter vanlige delegeringsregler, som stadfester vedtak. Vedtak fattet av en vertskommune vil ikke være gyldig før slik stadfestelse har funnet sted. Ved stadfestelse av vedtak skal det både foretas en legalitetskontroll og en prøving av skjønnet. Det vil ikke være aktuelt med en stadfestelsesordning der kommunelegen er tillagt myndighet direkte etter smittevernloven § 7–2. Kompetansen er her lagt direkte til en stilling.

Kommunestyret vil som kommunens øverste organ vil ha ansvar for at oppgavene ivaretas på en forsvarlig måte, og innenfor rammene av regelverket. Dette gjelder både der oppgavene legges til et kommunalt eller interkommunalt organ, eller til en annen kommune.

Til § 8–3

Fylkesmannen avgjør klager på vedtak truffet av kommune, kommunelege eller interkommunalt organ. Vedtak fattet av en vertskommune anses å være et kommunalt vedtak da det skal stadfestes av kommunen der saken har sin opprinnelse.

At vedtak kan påklages til Fylkesmannen gjelder uavhengig av om vedtaket er truffet av kommunestyret selv, av et kommunalt eller et interkommunalt organ. Det er et generelt prinsipp at det delegerende organ, her kommunestyret i den kommunen der saken har sin opprinnelse, beholder det overordnede ansvaret for saksområdet og for hvordan kompetansen benyttes. Etter forvaltningsloven har overordnet myndighet, her kommunestyret, en viss mulighet til å sikre seg en rolle i klagesaksbehandlingen. For eksempel kan kommunestyret i den kommune der saken har sin opprinnelse, bestemme at eventuelle klager skal forelegges kommunen før det oversendes fylkesmannen. Dette kan gjøres i enkeltsaker, eller generelt for eksempel gjennom delegeringsvedtaket. Etter forvaltningsloven § 33 vil kommunestyret kunne opprettholde, oppheve eller endre vedtaket i samsvar med klagen. Videre vil kommunestyret ha kompetanse etter forvaltningsloven § 35 annet, tredje og femte ledd som «overordnet organ». Det vises til punkt 5.4.3.

Helsedepartementet

t i l r å r :

At Deres Majestet godkjenner og skriver under et framlagt forslag til proposisjon til Stortinget om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer (delegering av myndighet til interkommunale organer).

Vi HARALD, Norges Konge,

s t a d f e s t e r :

Stortinget blir bedt om å gjøre vedtak til lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer (delegering av myndighet til interkommunale organer) i samsvar med et vedlagt forslag.

Forslag

til lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer (delegering av myndighet til interkommunale organer)

I

I lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene gjøres følgende endringer:

§ 4a-3 Overskriften skal lyde:
(Delegering av myndighet)

§ 4a-3 første og annet ledd skal lyde:

Myndighet og gjøremål innen miljørettet helsevern som i denne lov er lagt til kommunestyret, kan med unntak av den myndighet som er nevnt i § 4a-11 tredje ledd, delegeres etter reglene i kommuneloven, *til et interkommunalt organ eller til en annen kommune. Når kommunen har delegert myndighet til en annen kommune, skal vedtak fattet av denne stadfestes av kommunen der saken har sin opprinnelse.*

Kommunestyrets myndighet eller myndighet delegert etter første ledd kan utøves av kommunelegen, dersom dette på grunn av tidsnød er nødvendig for at styrets oppgaver etter denne lov skal kunne utføres. *Når kommunestyret har lagt oppgavene innen miljørettet helsevern etter denne lov til et interkommunalt organ, kan myndighet etter denne bestemmelse utøves av en eller flere leger ansatt i dette organet.*

§ 4a-12 første ledd skal lyde:

Fylkesmannen avgjør klager over vedtak truffet av kommunestyret, kommunelegen eller *interkommunalt organ* etter dette kapittel.

II

I lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer gjøres følgende endringer:

§ 7-1 nytt sjette ledd skal lyde:

Kommunens myndighet etter denne lov kan delegeres etter reglene i kommuneloven, til et interkommunalt organ eller til en annen kommune. Når kommunen har delegert myndighet til en annen kommune, skal vedtak fattet av denne stadfestes av kommunen der saken har sin opprinnelse.

§ 7-2 nytt fjerde ledd skal lyde:

Når kommunen har lagt smittevernoppgavene til et interkommunalt organ, jf. § 7-1 sjette ledd, kan kommunestyret delegere kommunelegens myndighet etter denne lov til en eller flere leger ansatt i dette organet.

§ 8-3 første ledd skal lyde:

Fylkesmannen avgjør klage over kommunalt eller *interkommunalt* vedtak såfremt ikke noe annet er bestemt i loven.

III

Loven trer i kraft straks.





Trykk: A/S O. Fredr. Annesen, Mai 2004