



Arkivsak-dok. 200701015-521
Arkivkode G00
Saksbehandler Ane Bjørnsgaard

Saksgang
Fylkesutvalget

Møtedato
11.01.2011

HØRING - FORSLAG TIL NY FOLKEHELSELOV

Forslag til

VEDTAK

Fylkesutvalget vedtar følgende høringsuttalelse til ny folkehelselov:

Pkt 1 - 4: Loven og ansvarsområdene
Pkt 5: Tilsyn
Pkt 6 - 14: Helseovervåkning
Pkt 15- 28: Økonomiske og administrative konsekvenser for fylkeskommuner og kommuner

Bernt M. Tordhol
Fylkesrådmann

Hjalmar Solbjør
Ass. fylkesrådmann

Vedlegg:

- Helse- og omsorgsdepartementets oversendelsesbrev av 18.10.2010 med invitasjon til høring av forslag til ny folkehelselov
- Lovforslaget

INNLEDNING

Helse- og omsorgsdepartementet har utarbeidet et høringsnotat som presenterer forslag til ny felles folkehelselov for alle forvaltningsnivåene. Høringsnotatet gjør rede for grunnprinsipper i folkehelsearbeidet, helseutfordringer knyttet til befolkningssammensetning og sykdomsfordeling samt sosial skjevfordeling i helse og bakenforliggende faktorer som påvirker helsen. Videre beskrives strategier for å møte helseutfordringene, stortingsdokumenter som lovforslaget følger opp, lovforslaget og departementets vurderinger. Helse- og omsorgsdepartementet inviterer i brev av 18. oktober 2010 til høringsuttalelse til forslag til ny folkehelselov. Saken gir en presentasjon av bakgrunnen for lovforslaget og relevante problemstillinger for fylkeskommunen, sentrale lovpålagte oppgaver og økonomiske og administrative konsekvenser av disse. Departementet ber også spesielt om høringsinstansenes syn på hvem som skal være regional tilsynsmyndighet. Høringsfrist er 18. januar 2011.

SAMMENDRAG

Hovedtrekkene i lovforslaget er følgende for de ulike forvaltningsnivåene:

- Kommunen: Ansvar for folkehelsearbeid legges til kommunen som sådan og ikke som i dag til kommunen ved sin helsetjeneste. Forslaget innebærer at kommunen skal bruke alle sine sektorer for å fremme folkehelse. Kommunens ansvar for å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer blir konkretisert. En drøfting av helseutfordringer skal blant annet danne grunnlag for lokal planstrategi. Kommunen skal fastsette mål og strategier for folkehelsearbeidet egnet for å møte lokale helseutfordringer, samt iverksette nødvendige tiltak. Mål og strategier skal forankres i planprosessene etter plan- og bygningsloven.
- Fylkeskommunen: *Lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet* videreføres i lovforslaget. Endringer er at det er tydeliggjort at fylkets helseutfordringer må legges til grunn i det regionale folkehelsearbeid, behov for nærmere kartlegginger, årsaksforhold og konsekvenser skal vurderes, og at videre kartlegginger og utredninger foretas i nødvendig utstrekning. Helseoversikten skal foreligge som et skriftlig dokument og legges til grunn ved fylkestingets vedtak om regional planstrategi og ved fylkestingets årlige gjennomgang av status for folkehelsearbeidet i fylket. Fylkeskommunen skal videre bistå kommunene i å utarbeide kommunale helseoversikter.
- Staten: Statlige helsemyndigheters oppgaver i folkehelsearbeidet lovfestes. For Fylkesmannen og Helsedirektoratet innebærer lovforslaget en formalisering av ansvar for å gi råd og veiledning til kommuner og fylkeskommuner. Folkehelseinstituttet får som oppgave å gjøre tilgjengelig nøkkeldata som grunnlag for kommunenes og fylkeskommunenes helseoversikter.

BAKGRUNN

Lov om fylkeskommuners ansvar i folkehelsearbeidet trådte i kraft 1. januar 2010 som en del av Forvaltningsreformen, jf. Ot.prp. nr. 10 (2008-09). I Ot.prp. nr. 73 (2008-2009) *Om lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet* ble det varslet at man vil vurdere lovgrunnlaget for folkehelsearbeidet nærmere i forbindelse med oppfølging av samhandlingsreformen. St.meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen, Rett behandling – på rett sted – til rett tid* ble vedtatt i stortinget i april 2010 og er regjeringens politikk for å møte helseutfordringene. En viktig målsetning i reformen er at man skal forebygge der det er mulig. St.meld. nr. 16 (2002-03) *Resept for et sunnere Norge – Folkehelsepolitikken* satte for alvor folkehelse på dagsorden. Folkehelsemeldingen peker blant annet på behovet for å styrke kunnskapsgrunnlaget for å bidra til en kunnskapsbasert folkehelsepolitikk. Senere er folkehelsefokuset videreført i flere andre relevante Stortingsmeldinger. I St.meld. nr 12 (2006-07)

Regionale fortrinn- regional framtid uttrykker regjeringen at "Arbeid for å fremme folkehelse vil være en oppgave for framtidige folkestyrte regioner forankret i ansvaret for regional planmyndighet og i ny planstrategi. Folkehelse, det vil si befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i befolkningen, vil være en god indikator på utviklingen i regionen". St.meld. nr. 20 (2006- 2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller* legger føringer for at folkehelsearbeidet i større grad må ta utgangspunkt i samfunnets ansvar for befolkningens helse og at folkehelsearbeid innebærer å arbeide for en jevnere sosial fordeling av faktorer som påvirker helsen. St.meld. nr. 35 (2006-2007) *Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning – Framtidas tannhelsetjenester* presenterer det å utjevne sosial ulikhet i tannhelse som et overordnet mål. Det forutsetter også målrettet folkehelsearbeid. St.meld. nr. 25 (2008-2009) *Lokal vekstkraft og framtidstru – Om distrikts- og regionalpolitikk* en legger vekt på å styrke kommunene og fylkeskommunene som samfunnsutviklere.

PROBLEMSTILLING

Helse- og omsorgsdepartementet følger i dette lovforslaget opp innspill fra høringen av *lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet* der sentrale høringsinstanser peker på behovet for en felles lov for folkehelsearbeidet på alle forvaltningsnivå. Lovforslaget må ses i sammenheng med forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester som departementet sender på høring samtidig. Forslag til ny folkehelselov vil gjelde for både kommuner og fylkeskommuner, samt vil regulere statlige helsemyndigheters understøttelse av folkehelsearbeidet regionalt og lokalt, og vil være et virkemiddel for helhetlig og samordnet folkehelsearbeid på tvers av forvaltningsnivåer. Loven vil erstatte folkehelsebestemmelsene i *kommunehelsetjenesteloven* og *lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet*.

SAKSINNSTILLING

Oppland fylkeskommune ønsker ny folkehelselov for alle forvaltningsnivåer velkommen. Ny folkehelselov er et viktig tiltak for å kunne nå samhandlingsreformens intensjon om å forebygge mer og bedre. Høringsdokumentene ønsker mer tverrsektorielt og nivåovergripende samarbeid og en forståelse for at folkehelsearbeidet må knyttes opp til plan- og politikkrollen. Mer systematikk og kontinuitet tilstrebes, og det er intensjoner om å skape gode prosesser og involvering. Nasjonale helsedata gjøres mer tilgjengelige. Andre positive sider ved lovforslaget er også at det fastslås at fylkeskommunene har det overordnede ansvaret og fullmakter til å organisere de regionale folkehelsepartnerskapene. Den regionalpolitiske autonomien er i stor grad ivaretatt i lovforslaget. Fylkeskommunene er positive til at de blir utfordret på å implementere folkehelsearbeidet i egen drift og organisasjon.

Det foreligger derimot et forbedringspotensial i lovforslaget.

1. Pågående nasjonale prosesser i forbindelse med samhandlingsreformen kan resultere i en sektorisering av folkehelsearbeidet i helsetjenestene. Denne sektoren er tradisjonelt presset på ressurser. Gis helsesektoren for mye innflytelse kan det bredt anlagte folkehelsearbeidet bli en salderingspost når akutte behov må løses. Manglende involvering fra og forpliktelse av andre departementer i reformarbeidet som nå pågår nasjonalt forsterker utviklingen. I statsbudsjettet for 2011 viser retningslinjene om de frie midlene som er gitt til kommunenes oppfølging av samhandlingsreformen at forebygging er lavt prioritert. Det forsterker oppfatningen om at reformen ikke vektlegger folkehelseperspektivet.

2. Virksomhetsområdet må omfatte statlige *myndigheter* og ikke statlige *helsemyndigheter* slik det foreslås. Dette er et paradoks i forhold til lovens formål om å fremme folkehelse og bidra til å motvirke sosiale helseforskjeller. Skal vi lykkes med å utjevne sosiale helseforskjeller ligger de fleste virkemidlene på nasjonalt nivå og under andre departementer enn helsedepartementet. I forslag til helse- og omsorgsplan er et mål *Flere sektorer i samfunnet skal engasjere seg i folkehelsearbeid og samarbeide på tvers. Innsatsen skal være koordinert, også nasjonalt*. Skal dette være troverdig må folkehelselovens virksomhetsområde utvides, da et av lovens 4 prinsipper er "health in all policies".
3. For at fylkeskommunens skal kunne fylle sin lovpålagte samordnende rolle på regionalt nivå må denne rollen tydeliggjøres i forhold til myndighet og virkemidler.
4. Som en konsekvens av utvidelse av virksomhetsområdet må folkehelse også innarbeides tydeligere i de særlover hvor folkehelse i for liten grad er ivarettatt slik at det samlede lovverket fremstår som konsistent. En viktig utfordring i de fleste særlover er at forpliktelsen til det tverrsektorielle samarbeidet fortsatt mangler. Krav om tverrfaglig samordning på tvers av tjenesteområdene må være synlige og forpliktende.

OM TILSYN

5. Regional tilsynsmyndighet for kommunens helsetjenester er i dag Helsetilsynet i fylket. Argumenter for at regional tilsynsmyndighet på folkehelseområdet vil være at helsetjenesten er en sentral aktør i folkehelsearbeidet. Tilsynsmyndigheten må imidlertid utredes ytterligere når nå kommunene og fylkeskommunenes oppgaver innen folkehelse ikke direkte knyttes til helsetjenesten. Etter bestemmelser i kommuneloven er det forutsatt at det er Fylkesmannen som fører alt statlig tilsyn med at kommunene og fylkeskommunene oppfyller de plikter pålagt i eller i medhold av lov der departementet er gitt myndighet til å føre tilsyn. Fylkesmannens tilsynsoppgave bør imidlertid klargjøres i forhold til roller og oppgaver i partnerskap for folkehelse.

OM HELSEOVERVÅKING

6. Flere aktører gis et ansvar for helseovervåking. Det medfører risiko for både dobbeltarbeid og ansvarsfraskrivelse. Det må presiseres hvilket ansvar de ulike aktørene skal ha slik at man utfyller hverandre.
7. Hvis forskriftshjemmelen om å pålegge fylkeskommunene et ansvar for å gjennomføre befolkningsundersøkelser utløses, må data som samles inn oppleves som nyttige. I tråd med forslaget til ny folkehelselov må slike undersøkelser sees i sammenheng med planrollen og politikktutforming. Det må være rom for å ivareta regionale behov. Nasjonale retningslinjer må sikre informasjon om helsefremmende faktorer og ikke ha et ensidig fokus på sykdom og død.
8. Fylkeskommunene skal bistå kommunen i kommunale analyser og tolkninger av data og *bistå i gjennomføringen av kommunalspesifikke undersøkelser, analyser og vurderinger*. Det er potensielt store oppgaver. Formuleringene kan skape forventninger i kommunene som regionalt nivå ikke vil kunne møte.

Fylkeskommunens skriftlige oversikt over helsetilstanden skal gi grunnlag for *hensiktsmessig* styring og strategiutvikling for egen virksomhet, slik at folkehelse blir tilstrekkelig ivarettatt. Dette åpner for ulike tolkninger, men de forslåtte eksemplene gir inntrykk av at fylkeskommunene selv må etablere interne rapporteringsrutiner og foreta datainnsamling

på nye områder. Dette vil beslaglegge mye ressurser, og kravet er urimelig når det ikke kompenseres. Det er mer naturlig at departementene selv lager rapporteringsrutiner og ivaretar det som burde være deres naturlige folkehelse-ansvar (eksempelvis gjennom elevundersøkelsen). Det vil sikre sammenlignbare data mellom fylkene.

9. Folkehelsearbeid handler også om lokale prosesser, forankring og engasjement og er en begrunnelse for å bruke partnerskap som strategi. På den bakgrunn burde empowerment vært implementert som prinsipp, i det minste blitt utredet. Vi slutter oss for øvrig til de fire andre prinsippene i loven.
10. Formuleringen i § 4 tredje ledd hvor "kommunen skal medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt av frivillige organisasjoner", er uheldig. Prinsipielt må en være varsom med å gå for langt i styringen av frivillig sektor. Paragrafen bør modereres, eventuelt slettes.
11. Det føres politikk i andre departementer enn helsedepartementet som forsterker helseforskjeller. Dette kan kun løses nasjonalt, uavhengig av hvor flinke underliggende nivåer koordinerer statlige retningslinjer.
12. Høringsnotatet utreder i liten grad behov for annen type folkehelsekompetanse enn samfunnsmedisin. Helseutfordringene krever ny kunnskap på alle nivåer, der flere faggrupper må få anerkjennelse og handlingsrom. Dersom intensjonene i loven skal lykkes, er det nødvendig med en styrking og anerkjennelse av folkehelsekompetansen innen flere fagområder og sektorer.
13. I planteori skilles mellom tre former for ressurser: realkapital, humankapital og finanskapital. Den overordnede, strategiske planleggingen i kommuner og fylkeskommuner omhandler hvordan kommunene planlegger å forvalte og videreutvikle disse tre formene for kapital på en helhetlig, sammenhengende måte. Denne overordnede strategiske planleggingen er forankret i kommuneloven og plan- og bygningsloven. Disse lovene har imidlertid også detaljerte bestemmelser for den enkelte virksomhet og medarbeider (Kommuneloven) og detaljreguleringer på byggesaksnivå (plan- og bygningsloven). For humankapitalen mangler en generell, overgripende lov, tilsvarende den funksjonen plan- og bygningsloven har for realkapitalen og kommuneloven har for finanskapitalen.
14. Folkehelselovens posisjon i lovhierarkiet bør nærmere utredes og det bør særlig vurderes om den kan fylle en funksjon som en generell, overgripende lov for humankapitalen.

ØKONOMISKE OG ADMINISTRATIVE KONSEKVENSER FOR FYLKESKOMMUNER OG KOMMUNER

15. Fylkeskommunene ble ikke på langt nær godtgjort økonomisk da *folk ehelseloven* for fylkeskommunene kom. I forslaget til ny folkehelselov fremkommer statens forventninger slik at de økonomiske og administrative konsekvensene for fylkeskommunene fremstår tydeligere enn da lovforslaget til *folk ehelseloven* for *fylkeskommuner* var ute på høring. Særlig presiseres forventninger til helseoversikt og støttefunksjoner overfor kommunene. Fylkeskommunene må godtgjøres økonomisk for det store folkehelseansvaret de nå tillegges. (Begrunnelse for dette følger i vedlegget).
16. Skal man lykkes med å imøtekomme nasjonale folkehelsemålsettinger, så må det initieres en tverrsektoriell og nivåovergripende opptrappingsplan, der også nye potensielle

virkemidler for alle nivåer blir utredet. En slik plan bør bl.a. ha som ambisjon at kommuner og fylkeskommuner skal settes i stand til å utføre lovpålegg og den må inkludere alle relevante departementer.

17. I Ot.prp. nr. 73 2008–2009 *Om lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet* omtalte Helsedepartementet den innlagte forskriftshjemmelen som kan brukes til å pålegge fylkeskommunene å gjennomføre befolkningsundersøkelser slik: *Ved en eventuell forskrift til økonomiske konsekvenser bli utredet på normal måte.* Høringsnotatet er tvetydig og kan leses som at en eventuell iverksettelse av forskriften uansett ikke vil godtgjøres. Spørsmålet synes ikke utredet. Vi forventer at fylkeskommunene ikke pålegges en så stor oppgave uten full økonomisk godtgjøring.
18. Det vises til flertallets innstilling innst. nr. 112 i stortingets helse- og omsorgskomite til odelstinget vedrørende lov om folkehelse for fylkeskommuner av 4. juni 2009 samt flertallets innstilling i kommunal- og forvaltningskomiteen i Innst. S. nr. 166 (2006–2007). Her påpekes det blant annet at partnerskapsstrategien skal videreføres og styrkes, og at rollen som regional pådriver og samordner må styrkes. *Intensjonene* i komiteenes innstillinger er ikke tilstrekkelig fulgt opp.
19. Lovforslaget utreder ikke hvor krevende et tverrsektorielt, nivåovergripende folkehelsearbeid er. Det er også store forventninger til at kommuner og fylkeskommuner skal bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller. Det er vanskelig, og det foreligger få retningslinjer for hvordan det kan gjøres i praksis. I Helsedirektoratets utviklingstrekkrapport for 2010 står det: *For det første har vi først de siste 20 årene begynt å få tilstrekkelig kunnskap om fordelingen av helse og helse-determinanter til å innse at sosial ulikhet faktisk er et problem. For det andre er det også i denne perioden at vi har begynt å få kunnskap om hva som forårsaker den ulike fordelingen. Og for det tredje vet vi fortsatt ikke nok om fordelings-effekter av ulike typer tiltak og politikk.*

At kommuner/fylkeskommuner gis slikt ansvar er grunnlag for å problematisere at loven ikke har økonomiske og administrative konsekvenser. *Krav om ny praksis i folkehelsearbeidet må tolkes som en ny oppgave og dermed godtgjøres*, all den tid det får store administrative og kompetansemessige konsekvenser.
20. Lovforslaget skal ikke ha økonomiske konsekvenser for kommuner og fylkeskommuner bl.a. ut i fra et resonnement at det bygger på allerede lovpålagte oppgaver. Det er et paradoks. Sentrale myndigheter har, etter at samhandlingsreformen kom, argumentert for folkehelsearbeid som alternativ til ensidig behandlingsfokus. Hvis feltet allerede er tilstrekkelig ivaretatt, slik høringsnotatet til ny folkehelselov indikerer, synes det underlig at tidligere muntlige og skriftlige signaler, samt nasjonale evalueringer av folkehelsearbeidet, har skapt en helt annen forståelse.

En rekke lovpålagte oppgaver følges ikke opp som opprinnelig forutsatt, eksempelvis forebyggende og helsefremmende arbeid. Forklaringene er sammensatte. Hvis sentrale myndigheter ønsker at feltet skal vitaliseres, så er det ikke nok med lover og veiledere. Det må styrkes økonomisk på alle nivåer.
21. Det bør utredes om folkehelsepartnerskapene bør legges til andre departementer, eks. Kommunal- og regionaldepartementet. Forebygging i helsetjenestene bør forbli i helse- og omsorgsdepartementet.
22. Da fylkeskommunene ble gitt et begrenset rammetilskudd i forbindelse med folkehelseloven for fylkeskommunene ble det brukt en nøkkel som i stor grad baserer seg

på folketall. Dette medfører at noen fylkeskommuner har fått særdeles liten kompensasjon for sitt folkehelsearbeid. Det er ikke på langt nær nok til å imøtekomme lovpålagte statlige oppgaver. En rekke fylkeskommuner uttalte følgende i sine høringsuttalelser til forslaget om folkehelselov for fylkeskommuner

Det er meget komplisert å bygge opp og drive regionale folkehelsepartnerskap. Utfordringen som fylkeskommunene er gitt er sammensatt og svært krevende, både i forhold til økonomi, kompetanse, kompleksitet og omfang. For å kunne løse eksisterende oppgaver på en tilfredsstillende måte er det i gjennomsnitt behov for fire stillinger i hver fylkeskommune, stipulert til 2,5 millioner kroner per fylke. Dette vil imøtekomme kommunal- og forvaltningskomiteens syn om at folkehelse er en disiplin som krever egen fagkompetanse.

Blir fylkeskommunene lovpålagt å gjennomføre befolkningsundersøkelser, eller andre nye oppgaver, må rammen økes i takt med omfanget.

23. Fordi sentrale myndigheter ikke støtter kommunene med midler til et bredt anlagt folkehelsearbeid, er det fylkeskommunene som holder liv i feltet i mange kommuner. Satsningen har resultert i et myldrende folkehelsearbeid, men mange fylkeskommuner trekker nå tilbake tilskuddene for å utføre egne lovpålagte oppgaver. Det er konsekvensene av lovpålagte, ufinansierte oppgaver.
24. Cirka 7.000 lover og forskrifter regulerer kommunal virksomhet. Det er vanskelig å ha oversikten. Ekstra komplisert og arbeidskrevende blir det når statlige retningslinjer og tilsyn går i forskjellige retninger. Hvis departementene blir forpliktet til å samordne nasjonalt folkehelsearbeid, kan det redusere store kostnader lokalt. For eksempel er skolene en arena som møter mange forventninger fra ulike departementer som i for liten grad er samordnet.
25. Det er beklagelig at lovforslaget ikke utreder flere sider ved eventuelle økonomiske og administrative konsekvenser for kommunene. Nasjonale evalueringer viser at mange kommuner ikke har opplevd at de har et lovpålagt folkehelseansvar. Her har staten et betydelig meransvar som selv ikke har etterlyst dette i særlig grad og heller ikke vært aktive med rådgivning. Selv om myndighetene har belegg for å si at eksisterende lovverk allerede ivaretar folkehelseføringer, rokker det ikke ved det faktum at feltet i liten grad har vært prioritert. Kommunene må derfor settes økonomisk i stand til å løfte feltet. Høringsnotatet fremstår i større grad som en semantisk øvelse for å kunne begrunne hvorfor det ikke er behov for økonomisk styrking av feltet, enn det er en analyse over faktiske realiteter og potensial som kan utløses gjennom større folkehelsesatsning i kommunene.
26. På side 52 i høringsnotatet sies: *Kort oppsummert kan en si at ingen lov i dagens lovgivningsstruktur i særlig utstrekning legger til rette for et systematisk og helhetlig folkehelsearbeid, selv om mange enkeltlementer er på plass også i lovgivningen.* Dette understreker et ønske om ny praksis i lokalt folkehelsearbeid. Selv om man kan finne belegg for at dette allerede er implementert i lovverket, vil en realisering av statlige ambisjoner medføre så store endringer at kommuner må kompenseres. *Krav om ny praksis i folkehelsearbeidet må tolkes som en ny oppgave og således godtgjøres, all den tid den nye praksisen har store administrative og kompetansemessige konsekvenser.*
27. Det er uheldig at lovens formål pålegger kommuner og fylkeskommuner å "motvirke sosiale helseforskjeller", mens §4 pålegger kommunene å utjevne sosiale helseforskjeller. Vi opplever kravet om å utjevne sosiale helseforskjeller som et utvidet ansvar som fordrer en mer proaktiv tilnærming. Således vil det også være mer ressurskrevende, enn å

motvirke de samme forhold. Hvis dette opprettholdes er dette nok et argument for å kompensere kommunene.

28. Folkehelsekoordinatorer er viktig for å stimulere til det tverrsektorielle og nivåovergrepene arbeidet som lovforslaget ønsker. Disse må finansieres. Forskning viser at tverrsektorielt samarbeid er ressurskrevende, dog sentralt for å nå målene. I det nasjonale prosjektet Helse i plan, har det vært utfordrende å engasjere helsepersonell i tverretattlig folkehelsearbeid – til tross for at det er kjørt i kommuner som forpliktet seg til å gjøre dette. Fra prosjektet "Samlet Plan" på 90-tallet førte en forankring av folkehelsearbeidet i helsetjenestene til ansvarsfraskrivelse fra sektorer som ikke eide problemene, men som hadde virkemidlene. Det er med andre ord komplisert å få et tverrsektorielt folkehelsearbeid til å fungere. Dette må gjøres forskjellig fra kommune til kommune. Skulle det bli aktuelt å finansiere lokale koordinatorstillinger bør det understrekes at i tråd med kommuneloven må kommunene selv få bestemme hvordan kommunene skal organiseres. I St.mld. nr 47: Samhandlingsreformen sies følgende "*Erfaring viser at det er viktig med god politisk og planmessig forankring av folkehelsearbeidet for å sikre langsiktige og helhetlige tiltak. Funksjonen som folkehelsekoordinator bør derfor være sentralt administrativt forankret og ha nærhet til det politiske nivået*".
- I høringsnotatet beregnes kostnader til evt. koordinatorstillinger blant annet ved at kommuner med mindre enn 10.000 innbyggere gis 20 % stillingsressurs. Fylkeskommunene presiserer at der hvor en koordinator har en 20 % stillingsandel er hovedregelen at en slik modell fungerer særdeles dårlig. Skulle det bli aktuelt å finansiere lokale koordinatorer bør beregningen som en hovedregel ta utgangspunkt i en 100 % stilling for kommuner uavhengig av kommunestørrelse. Vi påpeker at store bykommuner ikke kan sammenlignes med en kommune på 10.000 innbyggere hva gjelder behov for koordineringsressurser. Det er også like dyrt å tilsette en koordinator i en liten som en stor kommune.

Høringsnotatet indikerer at evt. kostnader til koordinatorstillinger kan reduseres fordi flere kommuner allerede har finansiert dette. Det er en velkjent statlig praksis, men vil i denne sammenheng være et ekstra stort paradoks. Statlige myndigheter bør ikke på den ene siden argumentere for behovet for lokal- og regionalpolitisk forankring og eierskap til folkehelsearbeidet for i neste omgang å "straffe" de som har prioritert området. *En frivillig oppgave som gjøres lovpålagt må oppfattes som en ny oppgave og således finansieres.*