

Brian Larsen

Organiseringen af den kommunale børnetandpleje¹ - et valg mellem privat og offentlig

Partipolitikens betydning for kommunernes valg af offentlig eller privat varetagelse af den kommunale børnetandpleje undersøges. Partipolitik har haft en betydning for kommunernes valg af organiseringsform, især i den kommunale børnetandplejes formative periode 1972-1986. I tiden efter 1986, hvor kommunerne frit kan vælge mellem en privat og en offentlig serviceproduktion, er der kun én kommune, der skifter til privat, selv om privat opgavevaretagelse er billigere end offentlig opgavevaretagelse i denne periode. Institutionel inertie er den mest sandsynlige forklaring på dette mønster.

Danmark er kendetegnet ved en udstrakt grad af kommunalt selvstyre. En grundlæggende idé bag det kommunale selvstyre er, at kommunerne kan tilpasse sig lokale sociale, demografiske, økonomiske og politiske forhold i fastlæggelsen af politikken på et givet politikområde (Smith, 1985: 28f).

Adskillige danske studier har påvist forskelle mellem kommunerne i deres varetagelse af kommunale opgaver, forstået som udgifterne til forskellige politikområder. Den altovervejende konklusion i disse studier er, at de forskellige politiske valg i kommunerne i betydelig grad skyldes forskellige sociale, demografiske og økonomiske forhold i kommunerne. Partipolitik har i bedste fald en marginal betydning for kommunernes valg af politik (Mouritzen, 1991: 515). Men politik handler ikke alene om udgiftsprioriteringer. Det er således muligt, at partipolitik slår igennem på andre måder end gennem udgiftsprioriteringer.

Denne artikel forfølger spørgsmålet om partipolitikens eventuelle indflydelse på den kommunale politik på en anden måde end de klassiske studier. Spørgs-

målet er, om partipolitik har en betydning for kommunernes valg af organisering af den offentlige service, *in casu* organiseringen af børnetandpleje: Har partitilhørsforhold for den politiske ledelse i kommunerne nogen betydning for, om kommunen vælger en privat eller en offentlig løsning af forpligtigelsen til at tilvejebringe børnetandpleje?

Kommunerne blev fra 1972 pålagt at etablere kommunal børnetandpleje (Lov nr. 217 af 19. maj 1971 om børnetandpleje). Loven sagde, at børnetandplejen skulle organiseres i offentligt regi, og at kommunerne skulle oprette kommunale klinikker. Loven indeholdt dog også en dispensationsbestemmelse, der i praksis kom til at betyde, at de kommuner, der endnu ikke havde etableret kommunale børnetandplejeklinikker, kunne vælge at lade en privatpraktiserende tandlæge varetage kommunens forpligtigelse til at tilvejebringe børnetandpleje (*Tandlægebladet*, 1973: 457). Der er imidlertid ikke nogen indikation på, at dispensationsbestemmelsen var så rummelig, at kommuner, der allerede havde oprettet kommunale klinikker, kunne skifte tilbage til

Brian Larsen

Organiseringen af den kommunale børnetandpleje¹ - et valg mellem privat og offentlig

Partipolitikens betydning for kommunernes valg af offentlig eller privat varetagelse af den kommunale børnetandpleje undersøges. Partipolitik har haft en betydning for kommunernes valg af organiseringsform, især i den kommunale børnetandplejes formative periode 1972-1986. I tiden efter 1986, hvor kommunerne frit kan vælge mellem en privat og en offentlig serviceproduktion, er der kun én kommune, der skifter til privat, selv om privat opgavevaretagelse er billigere end offentlig opgavevaretagelse i denne periode. Institutionel inertie er den mest sandsynlige forklaring på dette mønster.

Danmark er kendetegnet ved en udstrakt grad af kommunalt selvstyre. En grundlæggende idé bag det kommunale selvstyre er, at kommunerne kan tilpasse sig lokale sociale, demografiske, økonomiske og politiske forhold i fastlæggelsen af politikken på et givet politikområde (Smith, 1985: 28f).

Adskillige danske studier har påvist forskelle mellem kommunerne i deres varetagelse af kommunale opgaver, forstået som udgifterne til forskellige politikområder. Den altovervejende konklusion i disse studier er, at de forskellige politiske valg i kommunerne i betydelig grad skyldes forskellige sociale, demografiske og økonomiske forhold i kommunerne. Partipolitik har i bedste fald en marginal betydning for kommunernes valg af politik (Mouritzen, 1991: 515). Men politik handler ikke alene om udgiftsprioriteringer. Det er således muligt, at partipolitik slår igennem på andre måder end gennem udgiftsprioriteringer.

Denne artikel forfølger spørgsmålet om partipolitikens eventuelle indflydelse på den kommunale politik på en anden måde end de klassiske studier. Spørgs-

målet er, om partipolitik har en betydning for kommunernes valg af organisering af den offentlige service, *in casu* organiseringen af børnetandpleje: Har partitilhørsforhold for den politiske ledelse i kommunerne nogen betydning for, om kommunen vælger en privat eller en offentlig løsning af forpligtigelsen til at tilvejebringe børnetandpleje?

Kommunerne blev fra 1972 pålagt at etablere kommunal børnetandpleje (Lov nr. 217 af 19. maj 1971 om børnetandpleje). Loven sagde, at børnetandplejen skulle organiseres i offentligt regi, og at kommunerne skulle oprette kommunale klinikker. Loven indeholdt dog også en dispensationsbestemmelse, der i praksis kom til at betyde, at de kommuner, der endnu ikke havde etableret kommunale børnetandplejeklinikker, kunne vælge at lade en privatpraktiserende tandlæge varetage kommunens forpligtigelse til at tilvejebringe børnetandpleje (*Tandlægebladet*, 1973: 457). Der er imidlertid ikke nogen indikation på, at dispensationsbestemmelsen var så rummelig, at kommuner, der allerede havde oprettet kommunale klinikker, kunne skifte tilbage til

privat opgavevaretagelse (jf. Indenrigsministeriet, 1973).

Ved lovens ikrafttræden i 1972 havde 126 af landets 275 kommuner allerede oprettet kommunale børnetandplejeklinikker. Det vil sige, at 149 kommuner kunne vælge, hvorvidt de ønskede privat eller offentlig opgavevaretagelse.² I 1983 havde 81 af de 149 kommuner offentlig opgavevaretagelse, mens 68 havde privat opgavevaretagelse. Denne fordeling mellem offentlig og privat opgavevaretagelse forblev uændret indtil 1998, hvor Vissenbjerg kommune, som den første kommune nogensinde, gik fra offentlig til privat opgavevaretagelse. Denne konstante fordeling af kommuner mellem offentlig henholdsvis privat opgavevaretagelse er desto mere interessant i lyset af, at den borgerlige regering i 1986 med støtte fra de øvrige borgerlige partier (FF 1986, spalte 12502) indførte en principiel ligestilling af den offentlige og den private løsning. Kommuner, som havde etableret kommunale klinikker, havde nu muligheden for at vælge en privat løsning (Lov nr. 310 af 4. juni 1986 om tandpleje mv.).

På baggrund af udviklingen i lovgivningen og kommunerens valg forsøger artiklen at besvare tre spørgsmål vedrørende den kommunale tandpleje. Hvorfor valgte nogle kommuner privat opgavevaretagelse i perioden 1972-1983/(1986), mens andre valgte en offentlig opgavevaretagelse? Hvad kan forklare inertien i perioden fra 1986 til 1998 til trods for de nye politiske udmeldinger? Endelig mere eksplorativt: Hvorfor kunne Vissenbjerg bryde denne inertie?

Det kan i udgangspunktet forventes, at partipolitik vil have betydning for kommunernes valg af organisering. For det første var der reelt kommunal valgfrihed med hensyn til organiseringsform. Der-

næst drejer det sig om et valg mellem offentlig og privat opgavevaretagelse, hvilket har været politiseret siden starten af 1970'erne, især siden 1980'erne. I det lys kan man se organiseringen af den kommunale børnetandpleje som en kritisk case for partipolitikens betydning på det kommunale niveau. Man kan sige, at hvis partipolitik også viser sig at være uden betydning for kommunernes organisering af opgavevaretagelsen i en situation, hvor der er et klart valg mellem to alternativer – offentlig eller privat – så er der endnu en pind til ligkisten for hypotesen om, at „party politics matters“ på kommunalt niveau.

Den officielle forklaring

Den officielle forklaring på, hvorfor nogle kommuner valgte at bruge privatpraktiserende tandlæger, var tandlægemangel (Sundhedsstyrelsen, 1985: 32, 40; *Tandlægebladet*, 1978: 97f.; 1979: 246).

På trods af forklaringens hyppighed i litteraturen er det meget småt med oplysninger om tandlægers geografiske fordeling i Danmark over tid, hvilket vanskeliggør en systematisk test af forklaringen. Det er derfor ikke muligt at teste forklaringen på kommunalt niveau, men kun på amtsniveau. Hvis mangel på tandlæger er årsagen til, at nogle kommuner har valgt privat opgavevaretagelse, så skulle man forvente, at der er den mindste vækst i antallet af kommunale klinikker i de amter, hvor væksten i antallet af tandlæger er lavest og *vice versa*. Testen forudsætter en vis grad af mobilitet inden for det enkelte amt. Forklaringen finder kun svag støtte i empirien, idet korrelationen mellem væksten i antallet af tandlæger og væksten i antallet af kommuner med offentlig opgavevaretagelse i de enkelte amter fra 1976 til 1983 er 0,160. Hvis

man kontrollerer for, at antallet af indbyggere pr. tandlæge er forskelligt i de enkelte amter i 1976, så er korrelationen ligeledes 0,160.³ Den svage sammenhæng mere end antyder, at den officielle forklaring ikke kan forklare kommunernes valg af organiseringsform. Der er med andre ord brug for eller plads til andre forklaringer på, hvorfor nogle kommuner valgte offentlig opgavevaretagelse, mens andre valgte privat.

Børnetandplejens historiske udvikling og hypoteser om udviklingen efter 1972

Børnetandpleje i Danmark tog sin spæde start i slutningen af forrige århundrede, hvor idealistiske tandlæger begyndte at tilbyde skolebørn gratis tandundersøgelse og tandpleje. Disse tandlæger udgjorde de næste godt 20 år grundlaget for børnetandplejen i Danmark (Friss-Hasche og Eigil Kirkegaard, 1994: 13f) Den første kommunale børnetandplejeklinik blev oprettet i Esbjerg i 1909. I løbet af de næste 30 år blev der oprettet kommunale børnetandplejeklinikker i næsten alle større danske byer. En udvikling som er sammenfaldende med socialdemokratiets store valgfremgang i de større byer i samme periode (Tandlægemes Nye Landsforening, 1992: 8ff).

I løbet af 1950'erne opstod der uoverensstemmelser mellem datidens kommunale landsforeninger (Den danske Købstadsforening, De samvirkende Sognerådsforeninger i Danmark og By-mæssige kommuner) og Dansk Tandlægeforening (En paraplyorganisation for tandklinikere samt privat- og kommunaltansatte tandlæger) angående spørgsmål omkring løn og afregning af den kommunale børnetandpleje. På den baggrund blev der i 1959 af Indenrigsministeriet –

efter anmodning fra de kommunale organisationer og med accept fra Dansk Tandlægeforening – nedsat en kommission med den opgave at overveje de fremtidige muligheder for den kommunale børnetandpleje i Danmark (Indenrigsministeriet, 1966: 5). Kommissionens betænkning fra 1966 danner grundlag for den første lov om kommunal børnetandpleje i Danmark.

Perioden fra 1972 til 1986

I det følgende diskuteres kort lovgivningen og den administrative reguleringsindhold og udvikling i lyset af forskellige teoretiske forventninger om, hvad der er afgørende for kommunernes valg af organiseringsform.

Lov nr. 217 af 19. maj 1971 om børnetandpleje pålægger kommunerne trinvis at tilbyde alle børn i den undervisningspligtige alder (7-15 år) adgang til vederlagsfri, forebyggende og behandelende tandpleje (jf. ovenfor). Det trinvis består i, at kommunerne i 1972 skal tilbyde alle førsteklasse gratis børnetandpleje, mens de i 1973 skal tilbyde alle første- og andenklasse gratis børnetandpleje og så fremdeles.

Kommunerne er i løbet af 1970'erne og begyndelsen af 1980'erne udsat for pres fra flere sider om at oprette kommunale klinikker. Dels ved at lovens hovedregel er, at kommunerne skal oprette kommunale klinikker; dels ved at dispensationerne til at lade private tandlæger stå for den kommunale børnetandpleje er tidsbegrænset, hvorfor kommunerne ikke kan være sikre på at måtte fortsætte med den private løsning; dels ved at Sundhedsstyrelsen kontrollerer og overvåger kommunernes oprettelse af kommunale klinikker (Sundhedsstyrelsen, 1979a: 60; 1980: 186; jf. *Tandlægebladet*, 1975: 469f); og endelig ved at Dansk Tandlægeforening

systematisk støtter oprettelsen af kommunale klinikker.

På den baggrund kan der argumenteres for, at der er et så massivt pres for at oprette kommunale klinikker, at stort set alle kommuner med tiden vil få dem til trods for, at dispensationsbestemmelsen giver dem mulighed for at løse opgaven privat. Tesen kan også finde teoretisk støtte, idet visse organisationsteorier forventer imitation mellem organisationer på et område, der er udsat for pres af den karakter, som netop var gældende i børnetandplejen i 1970'erne og de tidlige 1980'ere (se Dimaggio og Powell, 1991: 63-66). Den første tese er således, at kommunerne, alt andet lige, vil tendere mod at vælge offentlig opgavevaretagelse.

Loven ændrer også kommunernes økonomiske forpligtigelser i forbindelse med børnetandpleje. Siden 1933 havde kommunerne betalt 50 pct. af udgifterne til børnetandpleje, mens staten havde refunderet de resterende 50 pct. af udgifterne. Efter 1972 skal kommunerne afholde alle udgifter til den kommunale børnetandpleje. Denne ændring i den økonomiske byrdefordeling er ganske i tråd med intentionerne bag kommunalreformen og den såkaldte reformteori, som den afspejler (Bogason, 1987: 65; Mouritzen, 1991: 486).

Efter inddelingsreformen er kommunerne ifølge disse tanker „bæredygtige“ og derfor i stand til at bære alle økonomiske byrder i forbindelse med børnetandplejen (FF, 1970: spalte 4312f og 5280f; *Folketingstidende*, tillæg A, 1971: spalte 2819f). En af grundene til, at der gik seks år fra betænkningens afgivelse til lovens vedtagelse, er, at man tidligere havde været usikker på, om alle kommuner kunne løfte opgaven. Den trinvis udbygning af børnetandplejen, blev dog valgt for at gøre det lettere for kom-

munerne at indføre børnetandplejen. (*Tandlægebladet*, 1971: 234).

På baggrund af såvel Folketingets overvejelser som reformteoriens ide om „bæredygtighed“ kan man have en formodning om, at offentlig serviceproduktion på dette område forudsætter et vist befolkningsgrundlag, og at der er stor driftsfordele forbundet med offentlig serviceproduktion (Mouritzen, 1991: 486). På det grundlag kan man fremsætte hypotesen, at store kommuner har valgt offentlig opgavevaretagelse, hvorimod små kommuner har valgt privat opgavevaretagelse.

Lovens dispensationsbestemmelse bliver fortolket i en cirkulæreskrivelse fra 1973 fra Indenrigsministeriet (*Tandlægebladet*, 1973: 457; Indenrigsministeriet, 1973). Med henvisning til „bestræbelserne på at begrænse stigningen i de offentlige udgifter“ fastslås det,

„..., at der indtil videre bør anlægges en lempeligere praksis med hensyn til administrationen af dispensationshjælpen i lovens § 2. Man skal derfor henstille til amtsrådene, at sådanne dispensationsansøgninger i almindelighed imødekommes. Man kan anbefale, at dispensationer meddeles for det af kommunerne ønskede tidsrum, dog længst indtil udgangen af 1977, idet bemærkes, at loven vil blive optaget til revision i 1977-78“ (Indenrigsministeriet, 1973).

Dansk Tandlægeforening er imod en så lempelig fortolkning af dispensationsbestemmelsen (*Tandlægebladet*, 1973: 457f).

I 1976 bliver dispensationsmuligheden forlænget frem til 1981 på baggrund af et lovforsalg fra Venstre (Lov nr. 331 af 10. juni om ændring af lov om børnetandpleje). Forslaget støttes af de øvrige borgerlige partier bortset fra Kristelig Folkeparti. De socialistiske partier – og Dansk

Tandlægeforening – er imod lovændringen, da de ikke ønsker dispensationsmuligheden forlænget (FF, 1976: spalte 11012ff og 11285; *Tandlægebladet*, 1976: 18f). Igen bliver lovændringen fulgt op af et cirkulære om dispensationspraksis, og igen fremhæves det, at kommunerne bør få dispensation, hvis man „kan dokumentere eller sandsynliggøre, at ordningen kan etableres billigere, men lige så velfungerende og betryggende som i kommuner med kommunal børnetandpleje“ (Indenrigsministeriet, 1976). Billiggørelsesbetingelsen har Sundhedsstyrelsen fremhævet ved flere lejligheder (Sundhedsstyrelsen, 1980: 186).

De to ovennævnte cirkulærers bemærkninger om økonomi og effektivitet samt mikroøkonomisk teori mere generelt giver anledning til en hypotese om, at kommunerne vælger privat eller offentlig opgavevaretagelse afhængig af, hvilken løsning der er billigst.

Cirkulæret fra 1976 bliver som nævnt udstedt i forlængelse af en lovændring, som kun de borgerlige partier støtter. Venstrefløjen er imod en forlængelse af dispensationen til at lade private varetage opgaven. Også i 1977, da det besluttes gradvist at udvide børnetandplejen til også at dække førskolebørn, er spørgsmålet offentlig-privat politiseret. Højrefløjen stemmer imod lovforslaget, da den ønsker, at forældrene skal kunne vælge at lade deres børn behandle hos egen tandlæge (Lov nr. 608 af 14. december 1977 om ændring af lov om børnetandpleje; FF, 1977: spalte 3038). Dansk Tandlægeforening støtter inddragelsen af førskolebørnene under den kommunale børnetandpleje (*Tandlægebladet*, 1977: 688). De principielle holdningsforskelle mellem partierne bliver luftet ved endnu en lejlighed i 1980, hvor dispensationen gøres tidsubegrænset (Lov nr. 166 af 6. maj

1980 lov om ændring af lov om børnetandpleje; FF, 1980: spalte 4096).

De partipolitiske markeringer fra centralt hold kan tænkes at påvirke de lokale politikere. Igen kan formodningen underbygges teoretisk. Ifølge partimodellen vil lokale partiafdelinger fungere som agenter for deres nationale partier og søge at gennemføre partiets politik på lokalt plan (Mouritzen, 1987: 98f). Da de nationale politiske partier har forskellige synspunkter, kan man fremsætte den hypotese, at borgerlige kommuner vælger privat opgavevaretagelse, mens socialistiske kommuner vælger offentlig opgavevaretagelse.

Perioden efter 1986

I 1986 revideres lov om børnetandpleje igen. I forbindelse med lovrevisionen ned sætter Indenrigsministeriet i 1984 en arbejdsgruppe, som skal komme med forslag til en fremtidig tandsundhedspolitik, herunder spørgsmålet om dispensationsplejen (Sundhedsstyrelsen, 1985: 24f). I forbindelse med Dansk Tandlægeforenings anbefalinger opstår der uenighed mellem to af foreningens medlemsorganisationer, Privatpraktiserende Tandlægers Organisation (PTO) og Dansk Børnetandlægeforening (DB). DB ønsker, at de ressourcer, der frigøres som følge af faldende børnetal og forbedret tandsundhed, skal bruges til gratis ungdoms- og ældretandpleje, medens PTO ønsker at styrke tandplejen i privat regi (Tandlægernes Nye Landsforening, 1992: 26; *Tandlægebladet*, 1985: 575).

I 1985 sprænges Dansk Tandlægeforening, blandt andet som følge af denne uenighed (Tandlægernes Nye Landsforening, 1992: 25f; *Tandlægebladet*, 1985: 763). DB melder sig ud og grundlægger Tandlægernes nye Landsforening. Dansk Tandlægeforening består nu næsten ude-

lukkende af privatpraktiserende tandlæger. Dermed er den tandlægefaglige enighed om den kommunale børnetandpleje brudt, og en del af presset for at oprette kommunale klinikker forsvinder. Der er nu to foreninger, som kæmper for hver deres særinteresser.

Udvalgsarbejdet giver dog også anledning til den nævnte lovændring. Den borgerlige regering vedtager i 1986 med støtte fra de øvrige borgerlige partier (FF, 1986: spalte 12502) en principiel ligestilling af privat og offentlig børnetandpleje (Lov nr. 310 af 4. juni 1986 om tandpleje m.v.). SF og VS stemmer imod loven. Socialdemokratiet undlader at stemme imod loven under indtryk af, at loven trods alt inddrager flere grupper under den offentlige tandpleje end den hidtidige lov (FF, 1986: spalte 12498).

I 1982 og 1983 sender den borgerlige indenrigsminister flere „hyrdebrev“ til kommuner og amter om at udnytte det faldende børnetal og den forbedrede tand-sundhed blandt børn til en effektivering af børnetandplejen med henblik på at få nedbragt udgiftsniveauet pr. barn i den kommunale børnetandpleje (*Tandlægebladet*, 1983: 356ff).

Da det nu er muligt frit at skifte fra offentlig til privat opgavevaretagelse, og da de nationale partier fortsat er uenige om organiseringen af den offentlige tandpleje, kan man fremsætte den hypotese, at borgerlige kommuner vil skifte til privat opgavevaretagelse, hvor der er offentlig børnetandpleje som følge af tidligere byrådsbeslutninger. Især hvis det samtidigt er billigst. Man kan også forvente, at socialistiske kommuner til stadighed vil etablere offentlige klinikker der, hvor børnetandplejen endnu er privat.

Der er dog også teorier, som ikke forventer partipolitiske forskelle vedrørende beslutningen om at skifte over til privat

opgavevaretagelse. Teorier, der fokuserer på offentlige serviceproducenters institutionelle interesser, vil typisk forvente en udpræget inerti (og eventuelt ekspansion), når et område først er blevet offentligt organiseret. Der er flere argumenter herfor, men i særdeleshed fremføres det, at de offentlige producenter/ansatte har en koncentreret interesse i at bevare deres job (og få flere ressourcer), medens udgifterne til den offentlige service fordeles bredt blandt alle skatteydere (Kristensen, 1987 og Pierson, 1996). Implikationen i denne sammenhæng er, at en kommune, som engang har oprettet en kommunal klinik, vil vedblive med at have offentlig opgavevaretagelse på trods af de politiske udmeldinger, også selv om kommunen kan spare penge ved at skifte til privat opgavevaretagelse.

Kommunernes beslutning om offentlig eller privat organisering

Perioden 1972 til 1986

Der er foreslået fire mulige forklaringer på udviklingen i organiseringen af børnetandplejen. To er generelle, idet der dels kan være tale om, at kommunens valg afhænger af, hvilken organiseringsform, som er billigst, dels om at kommunerne vil tendere mod at vælge offentlig opgavevaretagelse, fordi de er udsat for et pres fra flere sider om at oprette kommunale klinikker. De to andre hypoteser forventer variation mellem kommunerne, da det dels kan tænkes, at store kommuner vælger offentlig opgavevaretagelse, mens de små vælger en privat løsning, og dels at borgerlige kommuner vælger privat opgavevaretagelse, mens socialdemokratiske kommuner vælger en offentlig organisering.

Tabel 1 viser, at udgifterne pr. barn i perioden 1978-1985 har været lavere for

Tabel 1. Udviklingen i udgifterne pr. barn for privat og offentlig opgavevaretagelse og deres relative prisforhold, DRPF.⁴

År	1978	1981	1983	1985
Privat	807	986	1003	1040
Offentlig	695	938	961	969
DRPF	1,16	1,05	1,04	1,07

Kilde: Sundhedsstyrelsen, 1987, 1989. (Det relative prisforhold er egne beregninger).

kommuner med offentlig opgavevaretagelse end kommuner med privat opgavevaretagelse. Det relative prisforhold er større end 1 i hele perioden. Selv om der er en vis variation på tværs af amter, er det generelle billede, at den offentlige løsning er billigst i perioden. Der findes ikke systematiske økonomiplysninger for perioden før 1978 (jf. Sundhedsstyrelsen, 1980). I henhold til hypotesen om, at kommunernes valg afhænger af, hvilken løsning der er billigst, kan man generelt forvente, at børnetandplejen løses i offentligt regi.

Dermed er forudsigelsen sammenfaldende med hypotesen om, at kommunernes valg af en offentlig løsning skyldes et massivt pres fra flere sider.

Fra 1972 til 1980 var der en relativt jævn udvikling henimod offentlig opgavevaretagelse, jf. tabel 2. Gennemsnitligt ti kommuner opretter årligt kommunale klinikker. Fra 1980 til 1986 var der kun en kommune, der opretter en kommunal klinik. Denne udvikling er kun delvist i overensstemmelse med de fremsatte hypoteser, idet udviklingen henimod offentlig

opgavevaretagelse stopper omkring 1980 til trods for, at det fortsat er hovedhensigten, at børnetandplejen skal være kommunal, og til trods for, at den offentlige løsning stadig er den billigste. Flertallet af kommunerne etablerer dog kommunale klinikker inden for de første otte år efter lovens vedtagelse.

Det er på det foreliggende grundlag ikke muligt at afgøre, om udviklingen skyldes, at det er billigere at vælge offentlig opgavevaretagelse, eller om den skyldes, at der er et politisk pres for offentlig opgavevaretagelse. De manglende økonomiplysninger før 1978 gør det umuligt at afgøre om økonomiforklaringen bidrager til at forklare, hvorfor 54 kommuner i perioden 1972 til 1978 vælger offentlig opgavevaretagelse. Men denne mangel på data er indirekte med til at svække tesen, da tilgængelige økonomiplysninger også er en forudsætning for, at spørgsmålet om, hvilken ordning, der er billigst, kan indgå i kommunalbestyrelsens beslutningsgrundlag.

Hypotesen om, at det politiske pres for en offentlig opgavevaretagelse er afgø-

Tabel 2. Udviklingen i forholdet mellem offentlig og privat opgavevaretagelse i de 149 kommuner, som i 1972 ikke havde kommunal børnetandpleje.

År	1972	1974	1976	1978	1980	1983	1986
Privat	149	125	106	95	69	68	68
Offentlig	0	24	43	54	80	81	81

Kilde: Sundhedsstyrelsen, 1973; 1975; 1977; 1979; 1981; 1983; Danmarks statistik, 1987.

rende for udviklingen, er derimod bedre i stand til at forklare udviklingen. Forklaringerne er dog ikke nødvendigvis konkurrerende, idet et pres henimod offentlig opgavevaretagelse kan hjælpes på vej af den omstændighed, at offentlig opgavevaretagelse generelt er den billigste organisationsform i perioden 1978-1985.

Ingen af de to hypoteser kan imidlertid forklare, hvorfor udviklingen stort set stopper i 1980, endskønt den tidsbegrænsede dispensation delvis kan tages som udtryk for ændring i de politiske signaler. Da det ikke er alle kommuner, som vælger offentlig opgavevaretagelse, er det nødvendigt at vende blikket mod de to andre hypoteser.

Hypotesen om, at store kommuner vælger offentlig opgavevaretagelse, mens små kommuner vælger en privat løsning, bygger på ideen om stordriftsfordele. Det relevante kriterium for, om en kommune er stor eller lille, er – i denne sammenhæng – antal børn. Som kriterium for, om en kommune er stor eller lille er valgt 1500 børn, idet en omkostningsundersøgelse foretaget af Dansk Tandlægeforening viser, at en rationel klinikdrift først kan opnås ved et patientgrundlag på 1500 patienter (1984: 27). Efter 1972-loven skulle alle børn i alderen 7-15 år i 1980 være omfattet af den kommunale børnetandpleje, hvorfor 1980 er valgt som udgangspunkt for analysen.

45,8 pct. af de små og 45,2 pct (jf. tabel 3) af de store kommuner har valgt privat opgavevaretagelse. Der er altså i

praksis ingen forskel mellem små og store kommuners valg af offentlig eller privat opgavevaretagelse, hvorfor kommune-størrelse ikke betyder noget for kommunernes valg af organiseringsform.⁵

Hvad angår spørgsmålet om partipolitikens mulige indflydelse, er der forskellige måder at måle variabelen på. Der er tradition for, at man ser på mandatfordelingen mellem de to blokke eller borgmesterens partifarve. Hvorvidt en kommune er borgerlig eller socialistisk vil her blive operationaliseret ved at se på, hvilket parti der har borgmesterposten. Problemet med denne operationalisering er, at der i enkelte kommuner bliver indgået nogle – set med landspolitiske øjne – ret besynderlige konstitueringsaftaler (se Elklit og Pedersen, 1995). Men da borgmesterposten i hovedparten af kommunerne tilfalder et parti – som regel det største parti – fra den mandatmæssigt største blok (jf. Kristmar, 1993), må borgmesterens partifarve anses som en bedre indikator på, hvorvidt kommunen er borgerlig eller socialistisk end mandatfordelingen.

Partierne er inddelt efter deres stillingtagen i Folketinget til spørgsmålet om, hvorvidt kommunerne skulle kunne søge om dispensation fra lovens hovedkrav om oprettelse af offentlige klinikker. Til borgerlige kommuner regnes borgmestre fra partierne Venstre, Det Konservative Folkeparti og Det Radikale Venstre. Til de socialistiske kommuner regnes borgmestre fra partierne Socialdemokratiet og SF.

Tabel 3. Privat og offentlig opgavevaretagelse blandt små og store kommuner (over/under 1.500 børn i alderen 7-15 år)

	Privat	Offentlig	Procent / N
Små kommuner	45,8 (49)	54,2 (58)	100/ (107)
Store kommuner	45,2 (19)	54,8 (23)	100/ (42)

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistik, 1984.

Tabel 4. Andel borgerlige (med og uden lokallister) og socialistiske kommuner, som har valgt henholdsvis privat eller offentlig opgavevaretagelse i perioden 1972-1986

	Offentlig	Privat	Procent / (N)
Socialistiske	37,5 (18)	62,5 (30)	100 (48)
Borgerlige (B)	16,5 (45)	83,5 (227)	100 (272)
Lokallister (L)	15,2 (18)	84,8 (100)	100 (118)
B og L samlet	16,2 (63)	83,8 (327)	100 (390)

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Sundhedsstyrelsen, 1972-1979; 1979a; 1980-1982; Danmarks Statistik, 1976; 1980; 1983a; 1984; 1986; *Kommunal Aarbog*, 1972.

Lokallisterne udgør et problem, da de af gode grunde ikke kan indplaceres efter deres stillingtagen i Folketinget. Men ifølge en undersøgelse fra 1995 (Buch Jensen, 1997: 345) hører lokallisternes politikere generelt til på højrefløjen, hvorfor de vil blive regnet til de borgerlige kommuner. Resultaterne oplyses dog både med og uden lokallisterne.

I tabel 4 er vist andelen af borgerlige (med og uden lokallister) og socialistiske kommuner, der vælger henholdsvis privat eller offentlig opgavevaretagelse i perioden 1972-1986. I tabellen opgøres, hvor mange borgerlige og socialistiske kommuner, der skifter til offentlig opgavevaretagelse, henholdsvis hvor mange som vedbliver med at have en privat løsning. De kommuner, som vedbliver med at have privat opgavevaretagelse, overgår til næste valgperiode, mens de kommuner, som skifter til offentlig opgavevaretagelse *ikke* overgår til næste valgperiode, da det i perioden 1972-1986 ikke er muligt at skifte fra offentlig til privat opgavevaretagelse. Det vil sige, at en kommune, som skifter til offentlig opgavevaretagelse i 1973, indgår i tabellen en gang, mens en kommune, som vedbliver med at have privat opgavevaretagelse igennem hele perioden, indgår i tabellen fire gange.

37,5 pct. af de socialistiske kommuner og 16,5 pct. af de borgerlige kommuner (16,2 pct. hvis lokallisterne medregnes) har valgt offentlig opgavevaretagelse. Det vil sige, at der er en forskel på 20 procentpoint mellem de socialistiske og borgerlige kommuner. Eller sagt på en anden måde: stillet gentagne gange over for valget om offentlig eller privat opgavevaretagelse vælger de socialistiske kommuner oftere end de borgerlige kommuner offentlig opgavevaretagelse.

Betydningen af partiforskelle er endnu tydeligere, hvis man ser på, hvilken blok borgmestrene kom fra i de kommuner, der fortsat får varetaget børnetandplejen privat i 1983. Således er 64 (eller 65 iberegnet lokallisterne) af de 68 kommuner, der fortsat har privat opgavevaretagelse i 1983, borgerlige. I 1983 er der således kun tre socialdemokratiske kommuner blandt de 68, der fortsat har valgt en privat løsning. De socialdemokratiske kommuner følger derfor lovens intention og moderpartiets politik, hvis blot de gives nogen tid til at implementere politikken. Hypotesen om partipolitikens indflydelse på kommunernes valg af offentlig eller privat opgavevaretagelse finder dermed betydelig støtte, selv om den først slår fuldt igennem med en vis forsinkelse. Partivariablens effekt er dog ikke sym-

metrisk og lige stærk for begge blokke. Borgerlige kommuner vælger også offentlig opgavevaretagelse, hvilket muligvis kan tilskrives, at det er billigst at vælge offentlig opgavevaretagelse, og at det (trods alt) er lovens hensigt at etablere en kommunal børnetandpleje.

Sammenfattende kan man sige, at kommunernes valg af offentlig eller privat opgavevaretagelse i perioden 1972-1986 skyldes tre forhold. For kommunerne under et er der dels et politisk pres for offentlig opgavevaretagelse, og dels er den offentlige løsning billigst. Hvordan disse forhold slår igennem i den enkelte kommune er dog medieret af, om kommunen er borgerlig eller socialistisk ledet. Valget af organiseringsform er derimod ikke afhængig af kommunens størrelse.

Perioden efter 1986

På baggrund af den borgerlige regerings principielle ligestilling af offentlig og privat opgavevaretagelse og dens målsætning om at effektivisere den offentlige sektor blev der fremsat den hypotese, at nogle kommuner vil skifte til privat opgavevaretagelse efter 1986. Da den politiske udmelding er knyttet til et ønske om at øge effektiviteten, kan det forventes, at skiftet til privat er betinget af udviklingen i udgifterne efter 1986.

Udgifterne pr. barn skifter omkring 1985-1987 fra at være større for privat

end offentlig opgavevaretagelse, til at privat nu bliver billigst (jf. tabel 5). Trods regionale variationer er den private løsning generelt den billigste i perioden 1987-1990. Der findes ikke systematiske oplysninger for perioden efter 1990. Man må således forvente, at nogle kommuner (specielt borgerlige) med offentlig opgavevaretagelse skifter til privat opgavevaretagelse efter 1987.

Der er dog ikke én eneste kommune, der skifter til private producenter fra 1983 indtil 1998 (Danmarks Statistik, 1987; 1991; 1995; 1998; *Tandlægernes Nye Tidsskrift* 1998). Det er helt frem til 1998 fortsat de samme 68 kommuner, der har private klinikker til at varetage den offentlige børnetandpleje. Først i 1998 er der én kommune, Vissenbjerg på Fyn, der skifter til en privat løsning.

Udviklingen er således i det store og hele i overensstemmelse med inertihypotesen: når først en kommune har valgt offentlig opgavevaretagelse, vil den vedblive med denne organiseringsform. Det er interessant, da det i perioden 1987-1990 er billigere at vælge privat opgavevaretagelse, og da den borgerlige regering udmelder, at man frit kan vælge en privat løsning.

Inertihypotesen giver dog ingen forklaring på, hvorfor mange kommuner vedbliver med at have privat opgavevaretagelse. Ifølge partimodellen kunne en

Tabel 5. Udgift pr. barn ved privat og offentlig opgavevaretagelse; deres relative prisforhold (DRPF); 1985-1990

År	1985	1987	1990
Privat	1040	965	942
offentlig	969	978	1020
DRPF	1,07	0,98	0,92

Kilde: Sundhedsstyrelsen, 1989 og Petersen, 1993. (Det relative prisforhold er egne beregninger).

forklaring være, at det er borgerlige partier, der har den politiske ledelse i kommunen.

Tabel 6 viser fordelingen af offentlig og privat opgavevaretagelse på borgerligt og socialdemokratisk ledede kommuner. Mellem 75,5 pct. og 78,5 pct. (med lokallister) af de kommuner, som vedblev med at have privat opgavevaretagelse, var borgerlige.

Det er imidlertid mere interessant, at der blandt de borgerlige borgmestre er ca. 68 pct., der foretrækker den offentlige løsning og *ikke* skifter til privat efter 1986. Dette på trods af de politiske udmeldinger fra regeringen og at det var billigere med privat opgavevaretagelse. I det foregående afsnit blev det anført, at årsagen til, at også nogle borgerlige kommuner valgte offentlig opgavevaretagelse kunne være, at den offentlige løsning var billigst. Det er måske stadig rigtigt, men når først en offentlig løsning en gang er valgt, spiller hensynet til effektiviteten i hvert tilfælde ingen rolle. En mere enkel tolkning, der ser på begge perioder under et, er dog, at udgiftsudviklingen ikke er afgørende: Der er simpelthen en række borgerlige kom-

muner, der ikke vil have en kommunal klinik for børnetandpleje.

Hvad angår de socialdemokratiske ledede kommuner, er konklusionen en anden. I 1983 (valgperioden 1982-1986) er der kun tre socialdemokratiske kommuner, der har privat børnetandpleje. Det er imidlertid interessant, at selv om der efter 1986 i gennemsnit er 15 socialdemokratiske kommuner med privat opgavevaretagelse, så har de i alle tilfælde bibeholdt den private løsning. De besinder sig åbenbart i lyset af de nye politiske udmeldinger og den lavere udgiftsudvikling i den private sektor. Eller også har de ikke kunnet komme igennem med et (dyrt) ønske om at etablere en kommunal børnetandplejeklinik.

En hypotese om, at socialdemokrater er orienteret mod at sikre en så billig løsning som muligt, når de overtager magten i en kommune med privat opgavevaretagelse, kan således ikke afvises, når man ser på begge perioder under et.

Men har kommunen først fået en kommunal klinik, så er inertien åbenbart så mærkbar, at ingen skifter til privat. Og dog.

Tabel 6. Den gennemsnitlige andel borgerlige (med og uden lokallister) og socialistiske borgmestre med privat og offentlig opgavevaretagelse, 1986 til 1998; alle kommuner

Uden kommuner, hvor lokallisterne har borgmesterposten			
Borgmesterparti	Socialistisk	Borgerlig	Procent / (N)
Privat	24,5 (44)	75,5 (135)	100 (179)
Offentlig	49,9 (288)	50,1 (289)	100 (577)
Med kommuner, hvor lokallisterne har borgmesterposten			
Borgmesterparti	Socialistisk	Borgerlig	Procent / (N)
Privat	21,5 (44)	78,5 (160)	100 (204)
Offentlig	46,4 (288)	53,6 (333)	100 (621)

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistik 1986-1998; 1988a, 1990a; *Kommunal Aarbog*, 1996.

Vissenbjerg – en eksplorativ og hypotesegenererende case

Vissenbjerg kommune er den første og hidtil eneste kommune, der skifter fra offentlig til privat børnetandpleje og dermed afviger fra inertitesens forudsigelse. Nu gør én svale ingen sommer, men Vissenbjerg er interessant, da den giver mulighed for at undersøge, hvilke faktorer der kunne tænkes at bryde inertien.

I årene 1996-1998 var der løbende diskussioner om den kommunale børnetandpleje i byrådet. Det skyldes, at kommunens kommunale klinik og den bygning, den lå i, var nedslidt, hvorfor en fortsat kommunal drift ville kræve en modernisering i millionstørrelsen. Endvidere havde børnetandplejen et så stort behandlingsefterslæb, at der var 15 måneder mellem eftersyn i Vissenbjerg, mens landsgennemsnittet var omkring det halve. Byrådet overvejede flere løsningsforslag blandt andet personaleopnormering, modernisering af den gamle klinik, bygning af en ny klinik, flytning af klinikken til skolen og privatisering (*Fyens Stiftstidende*, 18.06.96; 24.01.98; *Tandlægenes nye Tidsskrift*, 1998: 124f.).

I 1996 fandt sagen en foreløbig løsning, da et forslag fra Venstre om privatisering nedstemtes. I stedet besluttede et flertal i kommunalbestyrelsen bestående af S, SF og nogle fra borgerlisten at ansætte en ny klinikchef. Borgerlisten var delt i spørgsmålet om fortsat kommunal drift eller privatisering (*Fyens Stiftstidende*, 18.06.96). I oktober 1997 besluttede byrådet at ansætte en ekstra tandlæge i børnetandplejen for at nedbringe eftersynsintervallet (*Fyens Stiftstidende*, 28.01.98).

Ved kommunalvalget i 1997 går de borgerlige frem, og de konservatives ene og eneste medlem af kommunalbestyrelsen overtager borgmesterposten fra

Borgerlisten (*Tandlægenes nye Tidsskrift*, 1998: 125; *Fyens Stiftstidende*, 28.01.98). På et af de første møder i det nye økonomiudvalg, hvor udvalget skulle komme med en indstilling til byrådet om, hvorvidt børnetandplejen skulle flyttes til skolen, eller om den eksisterende klinik skulle moderniseres, besluttede et flertal i udvalget (V, K og Borgerlisten) at indstille til kommunalbestyrelsen, at børnetandplejen privatiseredes. Flertallet argumenterede for, at salget af den gamle tandlægebolig og -klinik ville frigøre penge (anslået værdi 1,5 millioner), som kommunen kunne bruge til at nedsætte eftersynsintervallet i børnetandplejen og samtidig undgå en bekostelig modernisering af den gamle klinik. En kærkommen ekstra indtægt til en kommune med en slunken økonomi. SF's medlem af udvalget var imod, idet han frygtede for kvaliteten og de svage børn, hvis kommunen privatiserede (*Fyens Stiftstidende*, 24.01.98). Et flertal i kommunalbestyrelsen (V, K og hovedparten af Borgerlisten) besluttede i slutningen af januar 1998 at privatisere den kommunale børnetandpleje. S, SF og et enkelt medlem af Borgerlisten stemte imod. Flertallets hovedbegrundelse for privatiseringen var, „at mulighederne for fortsat drift i kommunalt regi synes økonomisk uhensigtsmæssige“ (*Fyens Stiftstidende*, 28.01.98; 31.01.98; *Tandlægenes nye Tidsskrift*, 1998: 124ff.).

Den nyligt tiltrådte klinikchefs fagforening, Tandlægenes Nye Landsforening, kæmpede – i overensstemmelse med tankegangen bag inertitesen – for at få omgjort beslutningen om privatisering, dels gennem indlæg i de lokale aviser og dels ved at klage til tilsynsrådet for Fyns Amt over beslutningen – hvor den ikke fik medhold i klagen (*Fyens Stiftstidende*, 31.01.98). De privatpraktiserende tand-

læger i Vissenbjerg imødegik aktivt Tandlægernes Nye Landsforenings postulater om, at en privatisering medfører dyrere og dårligere børnetandpleje (*Fyens Stiftstidende*, 28.01.98). Ifølge privatpraktiserende tandlæge i Vissenbjerg og formand for Dansk Tandlægeforening i Fyns Amt, Søren T. Poulsen, var det ikke noget problem at få plads til omkring 1000 nye patienter hos de lokale tandlæger (*Fyens Stiftstidende*, 28.01.98).

Den 1. april 1998 lukkede den kommunale børnetandpleje i Vissenbjerg. En klinikchef og tre klinikassistenter blev fyret. Aftrædelsesordningerne anslås at koste 400.000 kr. Beslutningen fra oktober 1997 om personaleopnormering blev aldrig effektueret.

Særligt tre forhold påkalder sig opmærksomhed i forbindelse med Vissenbjergs beslutning om at privatisere børnetandplejen. Dels kommunens dårlige økonomi, dels at fortsat drift af den kommunale klinik krævede en millioninvestering, mens en privatisering indebar en mulighed for en indtægt på 1,5 millioner ved salg af den gamle tandlægebolig og -klinik,⁶ og dels at den kommunale børnetandpleje havde et dårligt omdømme i lokalbefolkningen.

Det forhold, at fortsat drift af den kommunale klinik indebar en millioninvestering, mens en privatisering på den anden side indebar en mulighed for en millionindtægt har ganske givet påvirket Vissenbjergs kommunes beslutning om at privatisere børnetandplejen. Spørgsmålet er, om udsigten til en millioninvestering for at bevare den kommunale børnetandpleje generelt er nok til at bryde inertien, eller om beslutningen er betinget af kommunens generelle økonomi, således at kommuner med en dårlig økonomi i højere grad end kommuner med en god økonomi tillægger de økonomiske konsekvenser af

kommunens beslutninger – herunder om anlægsudgifter – en selvstændig betydning. I Vissenbjergs tilfælde har de to forhold givetvis forstærket hinanden.

Et andet spørgsmål er, om økonomiske forholds betydning er betinget af partipolitik, for eksempel således at socialdemokratiet er villig til at betale en merpris for at få offentlig børnetandpleje, mens de borgerlige partier udelukkende er interesseret i, hvilken organisationsform, der er billigst. Noget kunne tyde på, at dette var tilfældet i Vissenbjerg. Men tesen fandt ikke støtte i den generelle analyse for perioden efter 1986.

Et helt andet spørgsmål er, om økonomiske og politiske forhold er tilstrækkelige til at bryde inertien, eller om det tillige kræves, at den pågældende institution har et dårligt omdømme, således at de ansatte reelt afskæres fra at indgå en alliance med institutionens brugere om at modarbejde en lukning. I Vissenbjerg var den kommunale klinik afskåret fra at indgå en sådan alliance på grund af dens dårlige omdømme, eller som den fyrede klinikchef selv formulerer det: „Desuden kan jeg ikke fortænke folk i, at de ikke efterfølgende har råbt op. Med det store uopfyldte behandlingsbehov, har Vissenbjerg kommunale tandpleje ikke ligefrem været en god reklame for sig selv. Folk har jo kun erfaret, at deres børn har dårlige tænder” (*Tandlægernes nye Tidsskrift*, 1998: 125).

Dårlig økonomi, behovet for store re-investeringer, partipolitik og den offentlige services omdømme er alle kandidater til mulige forklaringer på, hvorfor det lykkes en lille kommune som Vissenbjerg at bryde inertien i den kommunale børnetandpleje. Det er naturligvis ikke på grundlag af én case muligt at fastslå betydningen af de enkelte faktorer og deres eventuelle samspil – ej heller om nogle

af dem er uden betydning. De udgør dog et sæt af teser, som fortjener at blive undersøgt nærmere, hvis man ønsker yderligere indsigt i kommunalpolitiske beslutninger og begrænsninger.

Indtil da ser det ud til, at partipolitik har en ganske afgørende betydning for, at visse kommuner fortsat har privat produktion på i hvert tilfælde ét serviceområde, nemlig børnetandplejen. Når først en opgave er overgået til det offentlige, er partiernes rolle til gengæld stort set udspillet.

Noter

1. Artiklen bygger på forfatterens bacheloropgave fra Institut for Statskundskab, Aarhus Universitet. Asbjørn Sonne Nørgaard og Thomas Pallesen har læst og kommenteret tidligere versioner af artiklen, hvilket jeg er dem taknemmelig for. Ansvar for eventuelle fejl og mangler er mit alene.
2. I 1972 var der 277 kommuner i Danmark. Kommunerne St. Magleby og Sengeløse sammenlagdes imidlertid i 1974 med henholdsvis Dragør og Høje Tåstrup. Både Dragør og Høje Tåstrup havde oprettet kommunale børnetandplejeklinikker inden 1972, hvorfor der ses bort fra St. Magleby og Sengeløse i den videre analyse.
3. Der er tale om Gammakorrelationer. Gamma er et rangordningsmål, som går fra -1 til 1, hvor -1 indikerer maksimal negativ sammenhæng, mens 1 indikerer maksimal positiv sammenhæng. Det skal anføres, at Gamma har en tendens til at overestimere sammenhængen, da det ikke tager højde for ties. De tilsvarende tal for pearsons R (som antager, at sammenhængen er linear) er hhv. -0,018 og 0,058. Altså en endnu svagere sammenhæng. Korrelationerne er egne beregninger på baggrund af befolkningstal fra *Kommunalstatistisk Database*, oplysninger om antallet af tandlæger fra Sygesikringens Forhandlingsudvalg (1979, 1985) og oplysninger om antallet af offentlige børnetandplejeklinikker fra Sundhedsstyrelsen (1977) og Danmarks Statistik (1984).

4. Der er tale om nettodriftsudgifter, konto 5.83 og 5.84 i det kommunale regnskabssystem. Tallene indeholder således ikke (eventuelle) anlægsudgifter. De her anførte bemærkninger gælder også tabel 5.
5. Denne konklusion påvirkes ikke af valg af tærskelværdi, idet værdier på henholdsvis 1000 og 2000 giver identiske resultater.
6. Det er endnu ikke lykkedes kommunen at få bygningen solgt til en for kommunalbestyrelsen acceptabel pris.

Litteratur

- Bogason, Peter (1987). „Denmark“, pp. 46-67 i Edvard C. Page og Michael J. Goldsmith (eds.), *Central and Local Government Relations*, London: Sage.
- Betænkning 427/1966. *Offentlig forebyggende børnetandpleje*, København.
- Buch Jensen, Roger (1997). „Lokallisterne: En truet art?“, pp. 342-353 i Jørgen Elklit og Roger Buch Jensen (red), *Kommunalvalg*, Odense: Odense Universitetsforlag.
- Danmarks Statistik (1976). *Valgene til de kommunale og amtskommunale råd 5. marts 1974*, København.
- Danmarks Statistik (1980). *Valgene til de kommunale og amtskommunale råd 7. marts 1978*, København.
- Danmarks Statistik (1983a). *Valgene til de kommunale og amtskommunale råd 17. november 1981*, København.
- Danmarks Statistik (1984). *Kommunalstatistisk database (KSDB)*, København.
- Danmarks Statistik (1988a). *Valgene til de kommunale og amtskommunale råd 19. november 1985*, København.
- Danmarks Statistik (1990a). *Valgene til de kommunale og amtskommunale råd 21. november 1989*, København.
- Danmarks Statistik (1983-1999). *Den Sociale ressourceopgørelse. Kommunefordelte tal*, København.
- Dansk Tandlægeforening (1984). *Omkostningsundersøgelsen i 1983*, København.
- Elklit, Jørgen og Mogens N. Pedersen (1995). *Kampen om kommunen. Ni fortællinger om kommunalvalget i 1993*, Odense: Odense Universitetsforlag.

af dem er uden betydning. De udgør dog et sæt af teser, som fortjener at blive undersøgt nærmere, hvis man ønsker yderligere indsigt i kommunalpolitiske beslutninger og begrænsninger.

Indtil da ser det ud til, at partipolitik har en ganske afgørende betydning for, at visse kommuner fortsat har privat produktion på i hvert tilfælde ét serviceområde, nemlig børnetandplejen. Når først en opgave er overgået til det offentlige, er partiernes rolle til gengæld stort set udspillet.

Noter

1. Artiklen bygger på forfatterens bacheloropgave fra Institut for Statskundskab, Aarhus Universitet. Asbjørn Sonne Nørgaard og Thomas Pallesen har læst og kommenteret tidligere versioner af artiklen, hvilket jeg er dem taknemmelig for. Ansvar for eventuelle fejl og mangler er mit alene.
2. I 1972 var der 277 kommuner i Danmark. Kommunerne St. Magleby og Sengeløse sammenlagdes imidlertid i 1974 med henholdsvis Dragør og Høje Tåstrup. Både Dragør og Høje Tåstrup havde oprettet kommunale børnetandplejeklinikker inden 1972, hvorfor der ses bort fra St. Magleby og Sengeløse i den videre analyse.
3. Der er tale om Gammakorrelationer. Gamma er et rangordningsmål, som går fra -1 til 1, hvor -1 indikerer maksimal negativ sammenhæng, mens 1 indikerer maksimal positiv sammenhæng. Det skal anføres, at Gamma har en tendens til at overestimere sammenhængen, da det ikke tager højde for ties. De tilsvarende tal for pearsons R (som antager, at sammenhængen er linear) er hhv. -0,018 og 0,058. Altså en endnu svagere sammenhæng. Korrelationerne er egne beregninger på baggrund af befolkningstal fra *Kommunalstatistisk Database*, oplysninger om antallet af tandlæger fra Sygesikringens Forhandlingsudvalg (1979, 1985) og oplysninger om antallet af offentlige børnetandplejeklinikker fra Sundhedsstyrelsen (1977) og Danmarks Statistik (1984).

4. Der er tale om nettodriftsudgifter, konto 5.83 og 5.84 i det kommunale regnskabssystem. Tallene indeholder således ikke (eventuelle) anlægsudgifter. De her anførte bemærkninger gælder også tabel 5.
5. Denne konklusion påvirkes ikke af valg af tærskelværdi, idet værdier på henholdsvis 1000 og 2000 giver identiske resultater.
6. Det er endnu ikke lykkedes kommunen at få bygningen solgt til en for kommunalbestyrelsen acceptabel pris.

Litteratur

- Bogason, Peter (1987). „Denmark“, pp. 46-67 i Edvard C. Page og Michael J. Goldsmith (eds.), *Central and Local Government Relations*, London: Sage.
- Betænkning 427/1966. *Offentlig forebyggende børnetandpleje*, København.
- Buch Jensen, Roger (1997). „Lokallisterne: En truet art?“, pp. 342-353 i Jørgen Elklit og Roger Buch Jensen (red), *Kommunalvalg*, Odense: Odense Universitetsforlag.
- Danmarks Statistik (1976). *Valgene til de kommunale og amtskommunale råd 5. marts 1974*, København.
- Danmarks Statistik (1980). *Valgene til de kommunale og amtskommunale råd 7. marts 1978*, København.
- Danmarks Statistik (1983a). *Valgene til de kommunale og amtskommunale råd 17. november 1981*, København.
- Danmarks Statistik (1984). *Kommunalstatistisk database (KSDB)*, København.
- Danmarks Statistik (1988a). *Valgene til de kommunale og amtskommunale råd 19. november 1985*, København.
- Danmarks Statistik (1990a). *Valgene til de kommunale og amtskommunale råd 21. november 1989*, København.
- Danmarks Statistik (1983-1999). *Den Sociale ressourceopgørelse. Kommunefordelte tal*, København.
- Dansk Tandlægeforening (1984). *Omkostningsundersøgelsen i 1983*, København.
- Elklit, Jørgen og Mogens N. Pedersen (1995). *Kampen om kommunen. Ni fortællinger om kommunalvalget i 1993*, Odense: Odense Universitetsforlag.

- Dimaggio, Paul J. og Walter W. Powell (1991). „The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields“ pp. 63-82 i Paul J. Dimaggio og Walter W. Powell (eds.), *The new institutionalism in organizational analysis*, Chicago: The University of Chicago Press.
- FF (div. årgange). *Folketingets Forhandlinger*, København.
- Friis-Hasche, Erik og Eigil Kirkegaard (1994). „Historical perspectives of child oral health care in Denmark“, pp. 12-25 i Erik Friis-Hasche og Eigil Kirkegaard (red.), *Child oral health care in Denmark*, København.
- Fyens Stiftstidende.
- Kommunal Aarbog (1972). København.
- Kommunal Aarbog (1996). Vedbæk.
- Kristensen, Ole Pagter (1987). *Væksten i den offentlige sektor*, København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Kristmar, Thomas (1993). „Koalitionsdannelse i de danske kommuner“, Upubliceret speciale, Institut for Statskundskab, Aarhus Universitet.
- Mouritzen, Poul Erik (1987). „Modeller af samspillet mellem staten og kommunerne“, pp. 59-84 i Poul E. Mouritzen og Henrik T. Jensen (red.), *Samspillet mellem staten og kommunerne*, København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Mouritzen, Poul Erik (1991). *Den politiske cyklus*, Århus: Politica.
- Petersen, Poul E. (red.) (1993). *En beskrivelse af tandplejens opgaver i de kommende 10-20 år*, København: Sundhedsstyrelsen.
- Pierson, Paul (1996). „The new politics of the welfare state“, *World Politics*, vol. 48, pp. 142-179.
- Smith, Brian C. (1985). *Decentralization*, London: Allen og Unwin.
- Sundhedsstyrelsen (1972). „Den kommunale børnetandplejes omfang, struktur og udbygning med offentlige klinikker“, *Tandlægebladet*, pp. 331-340.
- Sundhedsstyrelsen (1973). „Den kommunale børnetandplejes omfang, struktur og udbygning med offentlige klinikker“, *Tandlægebladet*, pp. 499-504.
- Sundhedsstyrelsen (1974). „Den kommunale børnetandplejes omfang, struktur og udbygning med offentlige klinikker“, *Tandlægebladet*, pp. 147-153.
- Sundhedsstyrelsen (1975). „Den kommunale børnetandplejes omfang, struktur og udbygning med offentlige klinikker“, *Tandlægebladet*, pp. 13-18.
- Sundhedsstyrelsen (1976). „Den kommunale børnetandplejes omfang, struktur og udbygning med offentlige klinikker“, *Tandlægebladet*, pp. 73-79.
- Sundhedsstyrelsen (1977). „Den kommunale børnetandplejes omfang, struktur og udbygning med offentlige klinikker“, *Tandlægebladet*, pp. 333-336.
- Sundhedsstyrelsen (1978). „Den kommunale børnetandplejes omfang, struktur og udbygning med offentlige klinikker“, *Tandlægebladet*, pp. 199-202.
- Sundhedsstyrelsen (1979). „Den kommunale børnetandplejes omfang, struktur og udbygning med offentlige klinikker“, *Tandlægebladet*, pp. 243-246.
- Sundhedsstyrelsen (1979a). „Børnetandpleje“, pp. 59-63 i Socialstyrelsen, *Socialstyrelsens redegørelse '79 om de kommunale og amtskommunale udbygningsplaner på sociale og visse sundhedsmæssige områder*, København.
- Sundhedsstyrelsen (1980). „Børnetandplejeordningernes omfang og struktur i skoleåret 1978-1979“, *Tandlægebladet*, pp. 186-192.
- Sundhedsstyrelsen (1981). „Børnetandpleje“, pp. 111-115 i Socialstyrelsen, *Socialstyrelsens redegørelse '81 om de kommunale og amtskommunale udbygningsplaner på sociale og visse sundhedsmæssige områder*, København.
- Sundhedsstyrelsen (1983). „Børnetandpleje“, pp. 45-49 i Socialstyrelsen, *Socialstyrelsens redegørelse '83 om de kommunale og amtskommunale udbygningsplaner på sociale og visse sundhedsmæssige områder*, København.
- Sundhedsstyrelsen (1985). *Modeller for en fremtidig tandsundhedspolitik*, København.
- Sundhedsstyrelsen (1987). *Børnetandplejen i Danmark 1985-86 og 1986-87. Primær sundhedstjenestestatistik*, København.
- Sundhedsstyrelsen (1989). *Børnetandplejen i Danmark 1988. Primær sundhedstjenestestatistik*, København.
- Sygesikringens Forhandlingsudvalg (1979). *Statistik over afregning og ydelser inden for Den Offentlige Sygesikring 1.1.-31.12. 1976*, København.

Sygesikringens Forhandlingsudvalg (1985). *Statistik over afregning og ydelser inden for Den Offentlige Sygesikring 1.1.-31.12. 1983*, København

Tandlægebladet (div. år). København: Dansk Tandlægeforening

Tandlægenes nye Landsforening (1992). *Tandlægenes nye Landsforening 75-års-Jubilæumsskrift*, København: Tandlægenes nye Landsforening.

Tandlægenes nye Tidsskrift (1998). „Lukning var ikke nødvendig“, pp.124 -128.

Love og cirkulærer

Indenrigsministeriet (1973). Cirkulære om meddelelse af dispensationer i henhold til lov om børnetandpleje, København.

Indenrigsministeriet (1976). Cirkulære om børnetandpleje i kommuner med dispensation fra bestemmelsen i børnetandplejelovens § 1, stk. 1, København

Lov nr. 217 af 19. maj 1971 om børnetandpleje.

Lov nr. 331 af 10. juni 1976 om ændring af lov om børnetandpleje.

Lov nr. 608 af 14. december 1977 om ændring af lov om børnetandpleje.

Lov nr. 166 af 6. maj 1980 om ændring af lov om børnetandpleje.

Lov nr. 310 af 4. juni om 1986 tandpleje m.v.