

Per Gunnar Edebalk

## Från konkurrens till monopol

– den sociala sjukförsäkringen 1891–1931

### 1 Inledning

Det vi kallar välfärdsstaten anses ofta ha vuxit fram efter andra världskriget. Nya reformer beslutades och de socialpolitiska programmens omfattning och ersättningar utökades. Det tydligaste tecknet var att de sociala utgifternas andel av BNP ökade kraftigt. De tjugo åren närmast efter andra världskriget står så tillvida i klar kontrast till perioden mellan de båda världskrigen.

Enligt den brittiske forskaren Christopher Pierson var emellertid mellankrigstiden en period då en rad väsentliga fundament för den kommande välfärdsutvecklingen lades.<sup>1</sup> Detta gäller för många industrialiserade länder, bl a Sverige. Vi skall i denna artikel knyta an till detta synsätt. För Sveriges vidkommande kan vi hänvisa till att nya idéer slog rot t ex inom sysselsättningspolitiken och att frågan om samordning och organisation av den splittrade socialpolitiken fördes upp på dagordningen. Detta resulterade i ett idogt utredande och bl a tillsattes den viktiga socialvårdsutredningen 1938. Nya organ tillskapades, exempelvis erkända arbetslöshetskassor och erkända sjuk-kassor.

Riksdagsbeslutet om erkända sjuk-kassor togs 1931. De erkända sjuk-kassorna, vilka fick statsbidrag, var dels lokala och dels centrala. En lokal kassa hade monopol inom en kommun och skulle svara för kortare sjukdomsfall. Central-kassan omfattade i princip ett landstingsområde och skulle ta över de längre sjukfallen. Sjuk-kassornas prestationer bestod av sjukpenning och ersättning för läkarvård. Riksdagsbeslutet innebar ett rejält och kraftfullt ingrepp i den då existerande frivilliga sjuk-kasseverksamheten.

1931 års sjukförsäkringsreform har haft en undanskymd plats i den svenska socialpolitikens historia. Syftet med denna artikel är att belysa tillkomsten av monopolsjuk-kassorna för att därigenom ge ett bidrag till förståelsen av den svenska välfärdsstatens framväxt. Reformen som sådan har tidigare behandlats främst i arbeten av Gösta Lindeberg och Rafael Lindqvist.<sup>2</sup> I dessa arbeten har emellertid tillkomsten av monopolsjuk-kassorna inte systematiskt relaterats till den tidigare destruktiva konkurrensen inom sjuk-kasserörelsen. Framför allt har de inte tillräckligt uppfattat 1931 års monopolsjuk-kassor som önskvär-

da och möjliga administrativa organ inom en större, framtida, socialförsäkringsbyggnad.

Vi skall här närma oss 1931 års reform utifrån två perspektiv. Det ena avser utvecklingen inom sjukkasserörelsen; det andra sammanhänger med idén om en allmän, obligatorisk sjukförsäkring och dennas koppling till socialförsäkringen i övrigt.

## 2 Sjukkasserörelsen

### 2.1. Utvecklingen till och med 1910

Sjukkasserörelsen var en följd av urbaniseringen. I och med uppkomsten av en stadsbefolkning aktualiserades bildandet av hjälpkassor ur vilka nödlidande medlemmar kunde få någon form av ersättning. Exempel på kassor med sådan inriktning finner man redan i antikens stadsbildningar.<sup>3</sup>

Gillen och skrän gav en miljö lämpad för självhjälpsverksamhet och gesällorganisationernas främsta uppgift var kanske just att sörja för gesällernas "nödtorfiga uppehälle och skötsel" vid sjukdom. Mer renodlade sjukkassor med bestämda avgifter och prestationer kom att bildas i Sverige på 1700-talet av hantverks-gesäller. Även inom bergshanteringen och manufakturerna uppkom tidigt sjukkassor, i dessa fall med arbetsgivarmedverkan. De första sjukkassorna var slutna i det att de stod öppna enbart för dem som arbetade inom ett visst yrke eller på en viss arbetsplats. Även de som hade försäkringsskydd kunde anse förmånerna för små eller rentav alltför osäkra. I dessa fall kunde det alltså uppkomma önskemål att bilda kassor utöver yrkes- och arbetsplatskassorna, kassor som skulle vara öppna. Den första öppna sjukkassan i Sverige bildades i Göteborg år 1761.

Kvantitativt var sjukkasserörelsens utveckling svag fram till mitten av 1800-talet, och om man vill använda begreppet "genombrott" bör detta sannolikt reserveras för perioden 1870–85. De relativt sett mest omfattande kassorna vid mitten av 1880-talet var bruks- och fabrikskassorna med ca 40 000 medlemmar.<sup>4</sup> Under den spirande industrialismen var det bruken och metallindustriföretagen som gick i spetsen vid bildandet av sjukkassor för de anställda, men idén spreds också till andra industrisektorer.

1800-talets sista decennier bevitnade framväxten av de stora folkrörelserna. Även om dessa primärt inte hade sjukkasseverksamhet som sin huvuduppgift kom dock sådan verksamhet att omhuldas. Självhjälp var en normal verksamhet för de första fackföreningarna, men omfattningen var förhållandevis obetydlig. I likhet med fackföreningsrörelsen slog nykterhetsrörelsen igenom på 1880-talet och många godtemplarloger upprättade tidigt sjukkassor. Även församlingar inom frikyrkorörelsen anammade kassatanken.

De allmänna, eller öppna, sjukkassorna var omfångsmässigt nästan lika betydelsefulla som bruks- och fabrikskassorna under 1880-talet. En stor del av

äran skall tillskrivas de s k arbetarföreningarna, som började bildas vid mitten av 1800-talet och vars verksamhet bars upp av liberala självhjälpsidéer. Inte bara arbetare utan även lägre tjänstemän och hantverkare tillhörde föreningarna. Fram på 1870-talet kom sjukkaserverksamhet att bli ett dominerande inslag i föreningsverksamheten och från en arbetarförening utgick en egenartad företeelse inom sjukkasserörelsen nämligen de s k 100-föreningarna. Dessa föreningar, vilka hade sin verkliga storhetstid på 1870-talet, byggde på den enkla principen att om, för att ta ett exempel, en sjuk medlem skulle erhålla 10 kronor i veckan i sjukpenning så uttaxerades helt enkelt 10 öre per medlem (inklusive den sjuke). För sjukkasserörelsen kan dessa föreningar sägas ha spelat en viktig roll som spridare av sjukkasseidén och därigenom för bildandet av allmänna kassor runt om i landet. Föreningarna blev emellertid ofta kortlivade. Genom att de saknade ekonomiska reserver var de sårbara vid en minskning av medlemsantalet eller en ökning av sjukfallen.<sup>5</sup>

Efter en riksdagsmotion av S. A. Hedin år 1884<sup>6</sup> hade den s k arbetareförsäkringskommittén tillsatts för att utreda frågan om olycksfallsförsäkring för arbetare och ålderdomsförsäkring. Kommittén upptog emellertid också frågan om sjukförsäkring till behandling. Ett förslag till sjukkasselag lämnades år 1889, vilket efter remissbehandling och modifieringar resulterade i 1891 års sjukkasselag.<sup>7</sup> Det allmänna syftet med 1891 års riksdagsbeslut var att stimulera sjukkasserörelsens utveckling. Här för beviljades ett statligt förvaltningsbidrag till sjukkassor som lät registrera sig.

Det från början utgående statsbidraget verkade endast i mindre utsträckning positivt för kassaregistrerandet. Många kassor menade helt enkelt att bidraget var alldeles för blygsamt för att de skulle förmås att uppge sin frihet och följa lagens bestämmelser. Effekten av bidragshöjningar 1897 och 1899 blev starkt positiv på siffrorna över antalet registrerade kassor. År 1910 fanns totalt 2.426 registrerade kassor med 632.005 medlemmar.<sup>8</sup> Även strukturella förändringar inom sjukkasserörelsen hade ägt rum. En sådan förändring är tillkomsten av rikskassor, de första bildade inom nykterhetsrörelsen på 1890-talet. Tillkomsten av rikskassor skall ses mot bakgrund av att små kassor hade en dålig riskspridning, ofta en svag ekonomisk grundval och följaktligen ofta en kort livslängd. Med större kassor kunde risk- och ansvarsfördelningen bli jämnare och inte minst kunde rörelsens utveckling till nya platser och grupper (exempelvis landsbygdsbefolkningen) underlättas. Fackförbundens kassor, även om dessa var "slutna", kan rubriceras som rikskassor. Vid slutet av år 1910 fanns närmare 160 000 medlemmar i rikssjukkassorna.<sup>9</sup>

Den modell för social sjukförsäkring som tillämpades i Sverige 1891–1910, alltså förvaltningsbidrag till sjukkassor och en praktiskt taget oreglerad verksamhet, gav viktiga erfarenheter för det fortsatta reformarbetet.<sup>10</sup>

1) Anslutningen blev socialt sett otillfredsställande. Trots en snabb expansion omfattade sjukkasserörelsen år 1910 endast ca 14 procent av den vuxna befolkningen (15 år och därutöver).

2) Kassorna var många och relativt små (45 procent av kassorna hade högst

100 medlemmar). Endast 58 kassor hade fler än 1 000 medlemmar. Den ekonomiska grundvalen för kassaverksamheten var följaktligen ofta svag. Härtill kommer att konkurrensen kassorna emellan ledde till en farlig sänkning av avgifterna.

3) Sjukförsäkringskassorna hade normalt en maximiålder för inträde (för att minska problem med ofördelaktigt urval).<sup>11</sup> Då en kassa upphörde med sin verksamhet kunde det vara omöjligt för äldre medlemmar att få inträde i annan kassa.

4) De svaga ekonomiska grundvalarna visade sig i att ersättningsbelopp och ersättningstider var otillräckliga samt att uttaxeringar utgjorde en förhållandevis stor del av inkomsterna.

5) En undersökning från 1906 visade att 16 procent av antalet sjukförsäkrade tillhörde mer än en kassa. Detta flermedlemskap skapade problem för en rättvis fördelning av statsbidraget och gav också möjligheter till "överkompensation".

Utvecklingsprocessen gav alltså erfarenheter. Den ledde också till uppkomsten av olika samverkansformer inom sjukförsäkringsväsendet. Det mest framträdande exemplet är bildandet av Sveriges allmänna sjukförsäkringsförbund. Förbundet bildades 1907 och skulle svara för samverkan mellan kassorna och för bevakningen av rörelsens intressen gentemot statsmakterna. Tidigt krävde man förbättrade statsbidrag. Genom förbundets agerande tillsattes en utredning som resulterade i en proposition och ett beslut vid 1910 års riksdag.<sup>12</sup>

Enligt 1910 års sjukförsäkringslag skulle fortfarande kassabildandet vara fritt och anslutningen till sjukförsäkring vara frivillig. Flermedlemskap förbjöds och statsbidraget höjdes. Verksamheten skulle grundas på fasta medlemsavgifter och vissa minimikrav på prestationer uppställdes t ex att sjukhjälpstiden skulle uppgå till minst 90 dagar under en 12 månaders period. För att vinna registrering skulle en sjukförsäkring ha minst 100 medlemmar. Kassornas sjukhjälp skulle omfatta minst antingen sjukhusvård eller läkarvård jämte läkemedel eller kontant sjukhjälp. Något hinder att samtidigt utge sjukhjälp enligt mer än ett av alternativen fanns ej.

En för hela riket gemensam tillsynsmyndighet skulle finnas vilken hade att tillse att verksamheten bedrevs på ett ändamålsenligt sätt. Tillsynsmyndighet var först kommerskollegium och fr o m 1913 den nyinrättade socialstyrelsen. Den första sjukförsäkringsinspektören blev Theofil Andersson, som representerade tillsynsmyndigheten under hela den här aktuella perioden. Redan innan riksdagen fattat sitt beslut gjorde Andersson klart att han var en "synnerligen varm anhängare" av en obligatorisk sjukförsäkring.<sup>13</sup>

## 2.2 Perioden 1911–1930

Under den övergångstid som fastställdes (t o m 1915) skedde markanta förändringar inom sjukförsäkringsväsendets struktur till stor del beroende på den nya lagen. Eftersom den nya lagen bl a var riktad mot små kassor kom ett stort antal äldre kassor att upphöra med sin verksamhet, och medlemmarna kom att anslutas till andra kassor. Genom ombildningar, sammanslagningar och sanering ungefär-

ligen halverades antalet kassor till 1255 år 1915 och antalet medlemmar per kassa ökade markant. En annan fråga av strukturell karaktär var spänningen mellan de många små lokalsjukkassorna och de fåtaliga men relativt stora rikssjukkassorna. De förra hade flest medlemmar och dominerade sjukasseförbundet och dess policy. 1916 bröt sig några större rikssjukkassor ut och bildade Rikssjukkassornas centralorganisation.

Vid slutet av år 1930 fanns ca en million medlemmar i de registrerade sjukassorna.<sup>14</sup> Detta svarade mot 21 procent av den vuxna befolkningen. I ett annat land med frivillig sjukförsäkring, Danmark, uppgick andelen till 65 procent. Störst utbredning hade kassarörelsen i städerna där 26 procent tillhörde en sjukkassa jämfört med 12 procent på landsbygden. Av kassamedlemmarna fanns drygt 1/3 i de 10 kassor som ingick i rikssjukkassornas centralorganisation.

Även om medlemsantalet ökat sedan den nya lagen införts var dock utvecklingen och omfattningen knappast imponerande. Utvecklingen hade inneburit att de fasta avgifterna fått en dominerande roll på intäktssidan. Intressant att notera är att utgiftsstrukturen inte genomgick någon större förändring. År 1930 svarade således den kontanta sjukhjälpens för 80 procent av utgifterna, medan utgifterna för läkarvård, sjukhusvård och medicin endast uppgick till några få procent av totalutgifterna. Den utbetalade kontanthjälpens var normalt blygsam och den stadgeenliga ersättningstiden ofta 90–100 dagar per år, alltså ungefär motsvarande lagens minimikrav.

Efter det konsolideringsarbete som avslutades 1915 kom sjukasserörelsens politiska kraft att försvagas pga splittringen i två konkurrerande huvudorganisationer. Genom etableringsfrihet och konkurrensen blev kassornas ekonomiska ställning svag och vi finner här en god illustration till det som inom försäkringsteorin brukar benämnas ofördelaktigt urval (adverse selection). Mekanismen kan, något förenklat, uttryckas på följande sätt. Som tiden gick blev kassornas medlemmar äldre och, normalt sett, sjukligare. För att klara sig finansiellt kunde kassorna höja avgifterna, men då fanns risken att yngre, och friskare, medlemmar gick över till en annan kassa, varför den aktuella kassans överlevnad på sikt hotades. I stället ledde, liksom före 1910, konkurrensen om yngre medlemmar till att avgifterna sattes lågt. Detta i sin tur ledde till en svag kassafinansiell situation och till att ersättningarna blev låga. Speciellt i de större tätorterna var konkurrensen hård. I exempelvis Stockholm och Göteborg fanns mer än 100 sjukassor. Inom den splittrade sjukasserörelsen var man ytterst oroad över den finansiella situationen. År 1931, för att nämna ett exempel, gick sjukförsäkringsverksamheten med förlust i samtliga kassor som tillhörde Rikssjukkassornas centralorganisation.<sup>15</sup>

### 3 Obligatorietanken och 1919 års sjukförsäkringssyn

#### 3.1 Pensions- och olycksfallsförsäkringar

I den Bismarckska arbetarförsäkringen ingick obligatorisk sjuk-, olycksfalls- och pensionsförsäkring. Hedin förordade emellertid i sin motion 1884 ingen obligatorisk sjukförsäkring i Sverige. Debatten och utredandet kring arbetarförsäkringen, den tidens begrepp för socialförsäkring, kom tidigt i gång i Sverige, men resultaten blev svaga. I början av 1900-talet fanns endast 1891 års sjukkasselag och 1901 års lag om arbetsgivarnas ersättningsplikt vid olycksfall. Den sistnämnda omfattade i huvudsak industrins arbetare. Ersättningsbeloppet utgick som ett enhetsunderstöd (en krona per dag vid full nedsättning av arbetsförmågan) och karenstiden uppgick till 60 dagar. Arbetsgivarna kunde teckna en frivillig olycksfallsförsäkring i riksförsäkringsanstalten, RFA, för att befria sig från ersättningsplikten.

Det verkliga genombrottet för socialförsäkringstanken i Sverige kom några år in på 1900-talet. Den industriella utvecklingen var, och hade varit, snabb. Den allmänna rösträtten för män skulle debutera 1911 och det finns, internationellt sett, en korrelation mellan rösträttsbeslut och socialförsäkringsreformer.<sup>16</sup> I Sverige hade liberalerna, särskilt de s k stadsliberalerna, tidigare varit pådrivande. Nu blir också socialdemokraterna engagerade sedan man kunnat skönja att rösträttsbarriärerna skulle falla och 1905 skrevs i partiprogrammet om samhällets skyldighet att genom en effektiv folkförsäkring hjälpa medborgarna vid olycksfall, sjukdom, invaliditet och på ålderdomen. Högers argumentering för socialförsäkringar utgick i mångt och mycket från socialpacifistiska motiv och önskemål om "nationell sammanhållning".

Tveklöst kom mycket inspiration från utlandet. Längre hade det funnits en misstro mot de tyska försäkringarna (bl a eftersom de ansågs vara en börda för näringslivet). Här sker en omvärdering, exempelvis i England. Genom beslut 1908 och 1911 infördes där obligatoriska försäkringar vid ålderdom samt sjukdom och arbetslöshet. Det nämndes då uttryckligen att Tyskland var ett föredöme. Och i den svenska remissdebatten 1911 yttrade Schotte, civilminister i den staafska regeringen, att mycket talar för "att Tysklands storartade socialförsäkringsbyggnad har stor andel i landets utomordentliga ekonomiska utveckling under de sista årtionendena".<sup>17</sup>

I Sverige tillsattes den s k ålderdomsförsäkringskommittén år 1907. Dess uppdrag utvidgades 1910 till att också omfatta olycksfallsförsäkring. På basis av kommitténs förslag fattades 1913 beslut om allmän pensionsförsäkring.<sup>18</sup> Denna var den första i världen som omfattade i princip hela befolkningen och pension skulle utgå vid invaliditet och vid ålderdom (67 år). Pensionen var en s k avgiftspension (storleken var relaterad till avgiftsinbetalningar) och för att den skulle få en snabb socialpolitisk effekt kompletterades den med en skattefinansierad, inkomstprövad tilläggspension. År 1916 beslutades om en olycksfallsförsäkring som omfattade hela arbetsmarknaden. Den var arbetsgivarfi-

nansierad och ersättning skulle utgå enligt inkomstbortfallsprincipen. Med detta beslut kom Sverige att inta en internationell tätposition inom olycksfallsförsäkringen.<sup>19</sup>

Det fanns en stor enhällighet kring riksdagsbesluten 1913 och 1916. Man kan alltså säga att en gemensam socialförsäkringssyn växt fram. Socialförsäkringen skulle vara universell och obligatorisk. Just det universella draget motiverade inkomstbortfallsprincipen eftersom bättre avlönade i annat fall inte skulle uppleva någon större vinst med systemet. Alternativet, ett enhetsunderstöd, skulle innebära att ersättningen fick sättas lägre än den lägst avlönade på arbetsmarknaden. Till socialförsäkringen knöts tidigt målsättningen att den kommunala fattigvården skulle avlastas, och på sikt kanske helt elimineras. Med socialförsäkringar skulle det finansiella trycket på kommunerna kunna reduceras och den enskilde skulle kunna få en värdig form av ersättning. Fattigvården var för den enskilde förnedrande och stigmatiserande; den var dessutom förbunden med negativa rättsverkningar som exempelvis förlust av rösträtt. Fattigvårdsaspekten kan förklara varför pensionsförsäkringen kom först och alldeles särskilt varför den inkomstprövade tilläggs pensionen infördes. Vidare hade socialförsäkringen den fördelen framför fattigvård att hjälp sattes in i tid och alltså inte när den enskildes ekonomi, och kanske familjesituation, var körd i botten. På så sätt ansågs socialförsäkringen ha en preventiv funktion.

### *3.2 Obligatorietanken och sjukförsäkringen*

Trots utvecklingen mot obligatorium innebar 1910 års sjukförsäkringsbeslut ett bibehållande av den frivilliga anslutningen. Detta kan bli tillskrivnas sjukkas-serörelsens agerande. 1907 tog sjukkassekongressen bestämt avstånd från obligatoriet och förbundet drev på för förbättringar och för att få bort avarter.<sup>20</sup>

Fördelarna med en obligatorisk sjukförsäkring hade emellertid alltmer börjat uppmärksammas. I en skrift från 1907 hävdade exempelvis Thor Anderson betydelsen av en obligatorisk sjukförsäkring (i princip för lönearbetare).<sup>21</sup> En sådan försäkring skulle utgöra en grundval för övriga socialförsäkringsgrenar och borde därför införas först (som hade skett i Tyskland på 1880-talet). De sakkunniga bakom 1910 års proposition uttryckte också sin uppskattning av obligatorievarianten, men utredningsuppdraget avsåg endast en förstärkning av den frivilliga försäkringen. Att det fanns fördelar med ett obligatorium medgav också civilminister Hamilton i propositionen.<sup>22</sup>

Mer intressant än civilministerns medgivande är en motion av socialliberal färg som hade företagaren och sjukkassemannen James Gibson som första namn.<sup>23</sup> I motionen ges ett relativt väl genomtänkt och fylligt förslag till en obligatorisk sjukförsäkring. Enligt Gibson är sjukförsäkringen socialförsäkringens grund och det finns ett samband mellan denna och främst olycksfalls- och invaliditetsförsäkringarna. Sjukförsäkringen skall ta hand om de kortvariga fallen. Genom att fallen är många anses lokala och decentraliserade organ

lämpliga att handha verksamheten. Eftersom man från början ej kan avgöra om ett försäkringsfall är snart övergående eller fortbestående behöver man tid för att se hur fallet utvecklar sig. De lokala organen kan genast ta hand om fallen och blir sedan naturliga avskiljare av de fortbestående. Dessa tas sedan hand om av olycksfalls- och invaliditetsförsäkringarna. Gibson menade att en obligatorisk sjukförsäkring i den första omgången skulle omfatta dem som äger rätt till ersättning enligt 1901 års lag så att ersättning skulle utgå under karenstiden. Gibson föreslog också att en kommande olycksfallsförsäkring skulle ha en karenstid på 90 dagar och att sjukförsäkringen då träder in. I samma mån som rätt till understöd från de andra socialförsäkringsgrenarna utsträcks skall även denna rätt utvidgas i fråga om sjukförsäkringen.

I Gibsons modell består prestationerna av sjukpenning, läkarvård, moderskapshjälp och begravningshjälp. Sjukpenningen skall utgå efter inkomstbortfallsprincipen (60 procent av lönen). Försäkringen skall finansieras av arbetsgivaravgifter, egenavgifter och skatter. Sjukförsäkringsadministrationen skulle handhas av de dåvarande sjukkassorna. Detta gäller i princip. Det fanns ju småsjukkassor som knappast skulle kunna uppfylla rimliga krav. Men flertalet sjukkassor skulle kunna reorganiseras och reformeras så att de skulle kunna fylla sin uppgift som bärare av en obligatorisk sjukförsäkring.

I motionen föreslås att riksdagen skall anhålla hos Kungl. Maj:t att framläggas ett förslag till obligatorisk sjukförsäkring, om möjligt till nästkommande riksdag. Riksdagen fattade emellertid i stället beslutet att stärka den frivilliga sjukförsäkringen. Gibsons motion fick, trots avslaget, ett i princip positivt mottagande i riksdagen.<sup>24</sup> Bl a Schotte, senare civilminister, berömde förslaget under riksdagsdebatten. Men, menade han, det är ett samhällsintresse att utveckla och enhetliggöra sjukvårdsverksamheten. Då detta steg tagits är man på fastare mark vid vandringen mot den obligatoriska försäkringen. Yttrandet från det utskott, dit motionen remitterats, gick i samma riktning.<sup>25</sup>

Utvecklingen blev också, i stort sett, den avsedda. Sjukvårdsverksamheten sanerades 1911–15 och 1913 infördes den allmänna pensionsförsäkringen. I propositionen om olycksfallsförsäkring sades 1916 uttryckligen att frågan om karenstid inom olycksfallsförsäkringen får lösas provisoriskt under "de få år" som återstår tills en definitiv lösning är nådd för sjukförsäkringen.<sup>26</sup>

Sjukvårdsförbundet hade opponerat sig mot ett obligatorium 1907 och mot Gibsons motion 1910.<sup>27</sup> Strax härefter sker en omsvängning inom organisationen. Den förordar en obligatorisk sjukförsäkring. Vid exempelvis Sveriges registrerade sjukvårds konferens 1913 höll sjukvårdsinspektören Theofil Andersson ett uppmärksammat föredrag om fördelarna med och önskvärd konstruktion av en obligatorisk sjukförsäkring. Andersson menade bl a att den då aktuella pensionsförsäkringen inte i längden kunde upprätthållas utan en rationellt ordnad sjukförsäkring och att en sådan borde ha samma anslutning som pensionsförsäkringen. Därför måste man ha ett system med större och bärkraftiga kassor som är lokalt begränsade till respektive kommun. "Föredraget belönades med livliga applåder" heter det i protokollet.<sup>28</sup>



Det finns en rad möjliga förklaringar till sjukkasseförbundets ändrade inställning. En faktor av sannolikt stor betydelse både för sjukkasserörelsen och den politiska opinionen var det engelska beslutet att införa obligatorisk sjukförsäkring.<sup>29</sup> England sågs som "självhjälpens förlovade land" och att obligatoriemotståndet raserades där var en mycket uppmärksam händelse. Bl a Gibson hänvisade till den engelska utvecklingen. För sjukkasseförbundet var det sannolikt också viktigt att statsmakternas ambitioner började klarna. Det väntades en obligatorisk sjukförsäkring och denna borde bl a ta hand om de korta sjukfallen före invalidpensionen, som ju riksdagen fattade beslut om 1913. Detta vore knappast möjligt med en frivillig sjukförsäkring och om sjukkassorna gjorde motstånd riskerade man givetvis att konkurrerande alternativ tillskapades.

Det måste också ha ansetts viktigt för sjukkassorna att bevaka sina intressen vad gällde olycksfallsförsäkringen. Om man bibehöll en frivillig försäkring skulle även korta olycksfall och, vilket diskuterades, yrkessjukdomar täckas av olycksfallsförsäkringen.

Rikssjukkassorna förblev dock negativa till obligatorietanken. De var expansiva, men majoriteten av sjukkassorna var lokalkassor och det var dessa som förordade ett obligatorium. Här fanns en tydlig konflikt och ett skäl för lokalkassornas obligatorieintresse var säkerligen att långsiktigt bevaka de egna ställningarna. Av allt att döma var just konflikten i obligatoriefrågan det tyngsta skälet till att rikssjukkassorna bildade sin egen intresseorganisation 1916.<sup>30</sup>

Frågan om en obligatorisk sjukförsäkring gick snabbt framåt. Socialstyrelsen fick ett utredningsuppdrag redan 1913. Den fortsatta utredningsverksamheten uppdrogs 1915 åt den sk socialförsäkringskommittén. Kommittén lämnade sitt betänkande angående obligatorisk sjukförsäkring 1919.<sup>31</sup>

### *3.3 1919 års sjukförsäkringssyn*

Socialförsäkringskommittén konstaterade att införandet av socialförsäkring haft ett naturligt samband med lönarbetarklassens ställning. Men vid sidan av lönarbetarna finns också i det moderna samhället andra samhällsgrupper med en otrygg eller ekonomiskt svag ställning. Socialförsäkringens uppgift omfattar därför alla samhällsmedlemmar som kan "råka i ekonomiskt betryck". Mot denna bakgrund och med beaktande av att den frivilliga sjukförsäkringen inte når de mest behövande föreslår kommittén en obligatorisk sjukförsäkring i Sverige. Kommittén använder begreppet allmän sjukförsäkring.

Den allmänna sjukförsäkringen skulle omfatta hela den arbetsföra befolkningen över 16 år. Här finns emellertid två undantag. Den ena gruppen omfattar dem som med egna ekonomiska resurser kan antas klara egen vård och utkomst vid sjukdom. Man föreslår här dels en inkomstgräns (5.400 kr/år), dels en förmögenhetsgräns (15.000 kronor) och motiven för att utesluta dem som ligger ovanför dessa gränser är statsfinansiella. Den andra undantagsgruppen utgörs

av dem som har sjukförmåner pga anställning (t ex ordinarie statstjänstemän). Undantagsgrupperna beräknades svara för något mer än tio procent av antalet arbetsföra personer. Försäkringen skulle alltså få, trots uteslutningarna, en i huvudsak allmän karaktär.

Försäkringens prestationer utgörs av sjukpenning, läkarvård, läkemedel och moderskapshjälp. Sjukpenningen skulle utgå enligt inkomstbortfallsprincipen (2/3 av den dagliga arbetsförtjänsten) och beloppet har anpassats till olycksfallsförsäkringen. En samordning skulle alltså ske. Sjukförsäkringens organ borde, enligt kommittén, kunna överta de egentliga sjukdomsfallen och de mindre skadorna. Det är lättare för dem att utan tidsutdräkt lämna de skadade vård. Kommittén ansåg emellertid samtidigt att olycksfallsförsäkringen skulle handha samtliga arbetsolycksfall. Kompromissen blev att sjukförsäkringsorganen omhändertar de skadade för olycksfallsförsäkringens räkning mot särskild ersättning.

Den allmänna sjukförsäkringens kostnader skulle med omkring två tredjedelar finansieras av de försäkrade själva och med omkring en tredjedel av staten. Då arbete utförs för arbetsgivares räkning skulle försäkringsavgiften erläggas av arbetsgivaren och denne skulle äga rätt att göra motsvarande avdrag på den kontanta lönen. I de fall då ett arbete var särskilt riskfyllt skulle arbetsgivaren erlägga en särskild avgift som skäligen motsvarade den ökade risken.

Det sågs som värdefullt att sjukföräkringens organisation omhändertogs av sjukkassor, vilka hade ett ekonomiskt intresse av att verksamheten bedrevs rationellt. Kommittén föreslog inrättandet av offentliga sjukkassor med ekonomisk självständighet och lokalt begränsat verksamhetsområde (en eller flera kommuner). Riksorganisationer med lokalavdelningar ansågs olämpliga eftersom man då inte skulle få en garanti att försäkringskostnaderna hölls nere. Den dåvarande sjukkasserörelsen ansågs också som olämpliga handhavare pga den även efter 1910 års riksdagsbeslut starka splittringen. Många kassor ansågs för små för de nya uppgifter som den föreslagna försäkringen skulle innebära och man kunde självfallet förutse problem då arbetsgivare har att lämna inkomstuppgifter och inbetala avgifter till många olika sjukkassor med kanske olika avgiftsprocenter och olika betalningsterminer. Tillsynen över de allmänna sjukkassornas verksamhet skulle utövas av en för hela riket gemensam sjukförsäkringsöverstyrelse.

En jämförelse mellan socialförsäkringskommitténs förslag och Gibsons ger en bild av hur sjukförsäkringssynen utvecklades under 1910-talet. Likheter är slående. Sjukförsäkringen hade en nyckelroll i ett framtida trygghetssystem. Utöver stöd och vård vid sjukdom skulle den omhänderta de korta arbetsolycksfallen och den skulle bli en naturlig utsorterare till invalidpensionen. Genom att sjukförsäkringen grep in på ett tidigt stadium skulle den i vissa fall kunna bidra till att mildra, och kanske stoppa, de processer som ledde till invaliditet.

En viktig skillnad sammanhänger med segern för folkförsäkringstanken. Gibson tänkte sig att en obligatorisk sjukförsäkring, till att börja med, skulle

omfatta samma personkrets som 1901 års lag om ersättningsplikt. Med beslutet 1913 och 1916 skapades förutsättningar för en allmän sjukförsäkring. En annan skillnad mellan förslagen är tydlig. Gibson menade att de dåvarande sjukförsäkringskassorna, efter sanering och reformering, skulle handha administrationen. Samma inställning tycks 1910 års riksdag ha haft. Socialförsäkringskommittén gick ett steg vidare efter att ha funderat på problematiken. Endast en sjukförsäkringskassa skulle finnas inom ett givet geografiskt område.

I realiteten skulle en lokal monopolsjukförsäkringskassa tillskapas genom sammanslagning av de existerande lokala sjukförsäkringskassorna. Detta låg i linje med vad företrädare för de dåvarande lokalsjukförsäkringskassorna såg som en önskvärd strukturomvandling. Lokalsjukförsäkringskassorna, men ej rikssjukförsäkringskassorna, var representerade i kommittén vars drivande kraft och sekreterare var sjukförsäkringsinspektören Theofil Andersson.<sup>32</sup> Det behöver knappast utvecklas att rikssjukförsäkringskassorna var häftiga motståndare till den föreslagna obligatoriemodellen.

Socialförsäkringskommitténs förslag blev föremål för överarbetning inom socialdepartementet. Det väntades en proposition till 1920 års riksdag. På förvåren 1920 väcktes en borgerlig motion i riksdagen i vilken förslaget om en sjukförsäkringsöverstyrelse kritiserades.<sup>33</sup> Ett nytt stort ämbetsverk skulle betona splittringen av socialförsäkringen och en enhetlig organisation av socialförsäkringens grenar måste eftersträvas enligt motionärerna. En utredning härom var påkallad enligt det utskott dit motionen remitterades. Strax efter det att motionen väckts meddelade Kungl Maj:t att förslag till allmän sjukförsäkring kan läggas först 1921. Ett enligt utskott (och riksdag) menade att den begärda utredningen i så fall ej behöver fördröja en proposition. Det hette också "att sjukförsäkringsfrågan, med hänsyn till dess stora betydelse för hela vårt lands befolkning bör med det snaraste bringas till sin lösning".<sup>34</sup>

## 4 Sjukförsäkringsreformen och tillkomsten av 1931 års reform

### 4.1 Deflationskrisen

Den internationella högkonjunkturen som följt på världskriget avlöstes under andra halvan av 1920 av en konjunktturnedgång.<sup>35</sup> Denna ledde till en ekonomisk depression som blev särskilt allvarsam för Sverige genom att den internationella lågkonjunkturen sammanföll med en inhemsk deflationspolitik. Arbetslösheten blev betydande; enligt fackföreningsstatistiken var ca en tredjedel arbetslösa vintern 1922. Även sedan depressionen hävts kvarstod resten av 1920-talet en hög arbetslöshet. Följande den tidens budgetbalansdoktrin kom den ekonomiska politiken att präglas av besparingskrav. Just besparingspunkter var hela 1920-talet framträdande drag i speciellt de borgerliga partiernas valmanifest. Ett uttryck som "sträng sparsamhet med allmänna medel" användes frekvent.

I den inträdda situationen blev genomförandet av en allmän sjukförsäkring

en omöjlighet.<sup>36</sup> Socialministern meddelade i samband med avlämnandet av statsverkspropositionerna 1921, 1922 och 1923 att ett förslag till allmän sjukförsäkring inte kunde framläggas av ekonomiska och statsfinansiella skäl. Den år 1920 tillsatta kommittén drabbades av den s k ”kommittéslakten” och fullföljde inte sitt uppdrag. I slutet av 1923 yttrade dess arbetsutskott att frågan om en allmän, obligatorisk sjukförsäkring måste vänta på sin lösning med hänsyn till rådande ekonomiska förhållanden.

Sjukförsäkringen stod splittrad i sin syn på den sociala sjukförsäkringen. Det fanns emellertid en gemensam nämnare för de två centralförbunden: krav på bättre statsbidrag (detta hade rentav minskat under krisen).<sup>37</sup> Motioner i riksdagen som gick i denna riktning avlogs av statsfinansiella skäl. Sjukförsäkringsförbundet önskade härutöver en mer genomgripande reformering av sjukförsäkringsseverksamheten och hänvisade till de negativa konsekvenserna av konkurrensen.

#### *4.2 De första försöken*

År 1923 hade den Tryggerska regeringen tillsatt en besparingskommitté vars uppgift var att finna möjligheter att reducera statens utgifter. Kommittén, som också behandlade socialförsäkringen, publicerade sitt betänkande i början av år 1925 (SOU 1925:8). Kommittén slog bl a fast, utan att det hördes några mer högljudda protester, att 1919 års förslag inte kunde genomföras av ekonomiska skäl.

I stället borde den frivilliga sjukförsäkringen utvecklas. Konkurrensen och splittringen inom sjukförsäkringen ledde, enligt kommittén, till alltför dyr förvaltning, till att utvecklingen hämmades samt till att samverkan med andra socialförsäkringsgrenar försvårades. Kommittén förordar ett system med decentraliserande, lokala sjukförsäkringskassor, ett enhetskassasystem. Dessa kassor skulle få förbättrade statsbidrag och skulle ha en väsentligt längre sjukhjälpstid än vad som då var vanligt, inte mindre än tre år. Detta skulle bl a innebära inbesparingar inom pensionsförsäkringen.

Rikssjukförsäkringskassorna opponerade häftigt mot besparingskommitténs förslag.<sup>38</sup> Efter remissbehandling och särskild sakkunnigberedning avlämnades 1926 en proposition till riksdagen signerad av socialminister Gustav Möller.<sup>39</sup> Förslaget överensstämde väsentligen med besparingskommitténs förslag med en smärre eftergift för rikssjukförsäkringskassorna: lokalavdelning skulle kunna utgöra den statsunderstödda enhetskassan inom ett område. Riksdagen ställde sig avvisande till Möllers förslag. Enligt utskottet gick förslaget alltför hårt fram mot rikssjukförsäkringskassorna. Utskottet (det var för övrigt på initiativ från C. G. Ekman som tidigare varit starkt engagerad i nykterhetsvännernas rikssjukförsäkringskassa) förordade en ny idé: alla existerande kassor inklusive lokalavdelningar skulle finnas kvar inom ett givet område.<sup>40</sup> Dessa skulle forma en sammanslutning, en ny kassa, som hade till uppgift att svara för sjukvårdsersättning och längre tids sjukpenning. Den nya kassan skulle alltså svara för en riskutjämning och tanken var

uppenbarligen att de existerande kassornas samarbete på sikt skulle resultera i ett samgående. Sjukvård borde alltså vara en obligatorisk prestation, något som Möller inte vågat sig på. För Möllers enhetskassor var sjukvården en frivillig prestation till vilken ett särskilt statsbidrag skulle utgå.

Riksdagen hemställde om en ny utredning. Denna effektuerades snabbt och 1927 avlämnade den Ekmanska regeringen, som efterträtt den socialdemokratiska, en proposition vars innehåll anslöt till riksdagsutskottets idé.<sup>41</sup> I det nya förslaget skulle de existerande lokalsjukvårdskassorna och lokalavdelningarna (nu kallade primärkassor) ge sjukpenning i 100 dagar. Den nya kassan, kallad distriktskassan, svarade för sjukvårdsförsäkringen och för sjukpenning efter 100 dagar.

Det verkligt svåra principiella problemet med den föreslagna konstruktionen gällde om en person direkt kunde bli medlem i en distriktskassa utan att gå omvägen via en primärkassa och i så fall få sjukpenning under de 100 första dagarna. Frågan var ytterst känslig. Majoriteten av de sakkunniga hade föreslagit en skyldighet för distriktskassorna att direkt ta emot medlemmar. Denna lösning skulle givetvis på sikt innebära att primärkassorna, med sina äldre medlemmar, riskerade bli utkonkurrerade. En sådan skyldighet skulle uppenbarligen påskynda processen mot enhetskassa. Den andra ytterligheten, ett förbud mot att direkt ta emot medlemmar, skulle innebära att många inte kunde vinna inträde i en sjukvårdskassa. På många platser fanns nämligen enbart slutna sjukvårdskassor, dvs kassor öppna endast för anställda på ett visst företag eller för helnykterister osv. En mellanposition vore därför att det gavs möjlighet till direktanslutning av medlemmar till distriktskassorna. Den sistnämnda varianten föreslogs av regeringen, tydligen för att få visst stöd från rikssjukvårdskassans ledning. Majoriteten i riksdagsutskottet följde emellertid de sakkunniga och förordade skyldighetsvarianten. Första kammaren antog regeringsförslaget; andra kammaren avslög båda varför frågan föll.<sup>42</sup>

Det blev alltså inte någon reform. År 1928 beslutade riksdagen om ett borttagande av den provisoriska karenstiden inom olycksfallsförsäkringen och 1929 infördes en försäkring mot yrkessjukdomar kopplad till olycksfallsförsäkringen.<sup>43</sup> Detta var tecken på att en obligatorisk sjukvårdsförsäkring inte längre var aktuell men också ett intrång på ett område som åtminstone delar av sjukvårdsserörelsen betraktade som sitt. Och med tiden kunde innebörden av begreppet ”yrkessjukdom” utvidgas.

När besparingskommittén liksom de Sandlerska och Ekmanska regeringarna förordat sjukvårdsserörelser och förlängda sjukhjälpstider motiverades detta bl a med att pensionsförsäkringen, närmare bestämt invaliditetspensionen, skulle avlastas genom att sjukvårdsserörelser sattes in i tid. Man räknade med att påbörja en utredning av pensionsförsäkringen efter en sjukvårdsserörelserreform. Trots att ett positivt beslut uteblev tillsattes, på riksdagens initiativ, en pensionsutredning 1928.

### 4.3 Avgörandet

Sedan sjukkassereformen föll 1927 blev situationen närmast desperat inom sjukkasserörelsen.<sup>44</sup> Gemensamt för rikssjukkassorna och lokalsjukkassorna var en svag ekonomisk ställning som följd av konkurrensen och blygsamma statsbidrag. Lokalsjukkassorna, som via sjukkasseförbundet var ivriga företrädare för 1919 års sjukförsäkringssyn, såg sitt idealsystem rasa samman: inget obligatorium, inte ens enhetskassor som ett första steg, och försäkringarna för olycksfall och yrkessjukdomar höll på att gå sina egna vägar. Här protesterade man förgäves. En koppling till invaliditetsförsäkring verkade också avlägsen.

Inom lokalsjukkassorna stärktes ansträngningarna att koncentrera kassorna. Ett ofta omnämnt föredöme var den gemensamma kassa som man lyckats tillskapa i Eskilstuna, där även kommunen gick in med bidrag. Utåt sett agerade förbundet genom skrivelser till regeringen 1928 dels avseende införandet av obligatorisk sjukförsäkring dels avseende bättre statsbidrag. Sjukkasseförbundets J. E. Berglund väckte samma år en motion i riksdagen om utredning rörande införandet av obligatorisk sjukförsäkring.<sup>45</sup> Motionen avslogs av riksdagen.

Rikssjukkassorna levde under ett ekonomiskt hot. Förändringar inom rikssjukkassorna börjar förmärkas t ex att kassorna öppnas. Flera rikssjukkassor vände sig till helynkteister eller frireligiösa. Nykterhetsfolkets sjukkasse, den största, blev exempelvis en allmän rikssjukkasse. Man diskuterade också en sammanslagning av rikskassor så att man på en ort endast skulle ha en lokalavdelning. Det sistnämnda uppmärksammades i en skrivelse till regeringen 1928 där centralorganisationen förordade endast en lokal sjukkasse och en rikssjukkasseavdelning på varje plats.<sup>46</sup> Och så, givetvis, ett höjt statsbidrag. Socialstyrelsen som haft att yttra sig över skrivelsen menade att det krävdes mer grundliga reformer av sjukkasseverksamheten för att statsbidraget skulle höjas.

Även företrädare för centralorganisationerna började sinsemellan diskutera möjligheten att nå en gemensam grundval för en reformerad sjukförsäkring och i början av år 1929 kom en överläggning till stånd mellan delegerade från de båda organisationerna.<sup>47</sup> Betydande eftergifter från båda håll var nödvändiga och samförståndsinitiativet ledde till att socialminister Lübeck i den Lindmanska regeringen tillkallade särskilda sakkunniga i mars 1929.<sup>48</sup> En linje som borde undersökas var en utvidgning av området för 1927 års distriktskassor till ett eller två län. Härmed skulle rikssjukkassorna kunna inorganiseras i systemet. Det lokala organet skulle bli en monopolsjukkasse och lokalavdelningar. De två slagen av sjukkassor kom senare att kallas centralsjukkasse och lokalsjukkasse. De förstnämnda skulle svara för riskutjämningen vid långa sjukhjälpstider och skulle omfatta ett eller flera landstingsområden. Lokalsjukkassornas områden svarade mot primärkommunerna och de fick ansvar för kortare tids sjukhjälp.

Sjukkasseförbunden hade funnit en formel att enas kring och de hade också

deltagit i förberedelsearbetet till den reform som föreslogs av den Lindmanska regeringen 1930.<sup>49</sup> Trots enigheten blev det ett bakslag i riksdagen. Andra kammaren biföll visserligen regeringsförslaget med stor majoritet men första kammaren avlog med en rösts övervikt. Att den väntande framgången uteblev tycks ha berott på en plötslig och häftig läkaropinion mot att göra sjukvårdsförsäkringen obligatorisk för kassorna något som fick många riksdagsmän att tveka.<sup>50</sup> Med anledning av utgången i riksdagen kallade sjukkasseförbunden till extra kongresser. De och en rad andra sjukkasseorganisationer gjorde framställningar till regeringen och hemställde om att en ny proposition skulle föreläggas riksdagen. Nu hade Ekman på nytt bildat regering och hans socialminister, Sam Larsson, lade 1931 ett förslag till riksdagen som i allt väsentligt överensstämde med föregående års.<sup>51</sup> Nu blev det en betryggande majoritet för en reform.

När så reformen genomförts skapades förutsättningar för en sammanslagning också av centralorganisationerna. Efter långvariga förhandlingar skapades en ny centralorganisation, Svenska sjukkasseförbundet, år 1934.

## 5 1931 års reform

### 5.1 *En effektivare organisation*

För sjukförsäkringsreformen hängde frågan om bättre statsbidrag och tillskapandet av monopolkassor nära samman. Skulle sjukförsäkringen bättre fylla sin sociala uppgift, dvs att nå en större omfattning och att ge bättre prestationer, krävdes höjda statsbidrag. Men villkoret för bättre statsbidrag var att det skedde en omorganisation.

Konkurrensen mellan kassorna hade haft destruktiva inslag. Ett sådant, mycket uppmärksammat, var att avgifter användes som konkurrensmedel för att få in unga och friska kassamedlemmar med påföljd att soliditeten blev urholkad och prestationerna svaga. För lite äldre medlemmar med högre sjukdomsrisk blev de svaga prestationerna ett problem men också att valfriheten reducerades t ex genom åldersvillkoret för tillträde i kassa. Det fanns också en tendens till kollektivt åldrande inom sjukkasserörelsen. Detta ledde, allt annat lika, till en försvagad kassafinansiell situation men skapade också incitament att upprätta nya kassor för yngre. Utöver dessa effekter upplevdes konkurrensen leda till onödigt höga transaktionskostnader generellt sett. Det rör sig här om kostnader för administration, marknadsföring, kontroll osv. Genom att tillskapa monopolsjukkassor skulle, menade man, sjukförsäkringen få en effektivare organisation. Besparingsutredningen exempelvis förordade monopolkassor bl a av besparingssskäl.

Statsmakten, här främst representerad av de fyra regeringar som lade propositionerna samt socialstyrelsen, dvs tillsynsmyndigheten, var ytterst konsekvent och vägrade ställa upp på kraven att höja statsbidragen utan

organisationsförändringar. Att skapa monopolsjukkassor med statsbidraget som belöning var emellertid inte okomplicerat. Det fanns sjukkassor som inte ville inrangeras i en större enhetskassa. Givetvis var rikssjukkassornas opposition av betydelse åren 1926 och 1927 men då, liksom 1930 och 1931 fanns kassor som inte accepterade centralförbundens policy. Inom exempelvis rikssjukkassornas centralorganisation var varken kongressen eller styrelsen enhällig 1930.<sup>52</sup>

Den verkligt hårda politiska motståndskärnan mot sjukförsäkringsreformen fanns inom högern och bondeförbundet. Allmänt sett handlade det om statsfinansiella skäl och en fr o m deflationskrisen kritisk inställning till socialförsäkringar. En ledande och värtalig företrädare för detta synsätt var högermannen Otto Järte.<sup>53</sup> Landsbygdsintressenterna var starkt negativa till reformen eftersom den ansågs favorisera industrin och stadsbefolkningen.<sup>54</sup> Dels fanns, relativt sett, flest kassamedlemmar i tätorterna, dels var det särskilt i städerna en hård konkurrens och svag kassafinansiell situation som alltså landsbygdens folk skulle få hjälpa till att reda upp. Vidare skulle delar av industrin få en favör då fabrikkassorna försvann. En viktig del i landsbygdsintressenas motstånd avsåg den obligatoriska läkarvårdsförsäkringen. Denna skulle landsbygden, och främst då glesbygden, inte kunna utnyttja på samma självklara sätt som stadsbefolkningen; men man fick vara med och betala.

Med detta motstånd kom frågan om en effektiv sjukförsäkringsorganisation också att handla om incitament mot missbruk och onödiga kostnader.<sup>55</sup> Sådana fanns, enligt företrädarna, inbyggda bl a genom att kassorna skulle vara relativt små och att egenavgifter utgjorde en finansieringskälla. Centralkassorna, som övertog risken för långa sjukdomsfall, skulle inom sitt område kunna jämföra utvecklingen inom de olika kommunkassorna och på så sätt utföra kontroll. Genom att sjukvården blev en obligatorisk prestation kunde lämplig vård beredas snabbt så att inte perioder med sjukpenning blev onödigt långa. Det fanns dessutom inbyggt en rad regler som hade sin udd riktad mot möjligt missbruk som exempelvis tre dagars karenstid.

### *5.2 Att möjliggöra samordning*

Uppfattningen att sjukförsäkringen, och därmed den lokala monopolkassan, skulle utgöra grundvalen inom socialförsäkringen hade etablerats under 1910-talet. Besparingskommittén förde fram liknande synpunkter 1925. Den starka splittringen inom sjukkasserörelsen omöjliggjorde en samverkan med andra socialförsäkringsgrenar. Möjligheten till samverkan var ett viktigt skäl för kommittén då den förordade ett enhetskassesystem.

Att samordna den frivilliga sjukförsäkringen med försäkringarna mot olycksfall och yrkessjukdomar tedde sig emellertid omöjligt. Samverkan fick endast den formen att man med monopolkassor lättare kunde och skulle hindra dubbelersättningar (en typ av missbruk som då och då hade uppmärksamats).



Samordningsdiskussionerna under 1920-talet kom först och främst att gälla invaliditetsförsäkringen.

Invaliditetsförsäkringen var kopplad till ålderspensionsförsäkringen och ersättningen utgick i form av pensionstillägg. Under 1920-talet utsattes invalidpensionen för en massiv kritik.<sup>56</sup> En del av kritiken avsåg en oroande utgiftsökning, en annan del att det förekom missbruk och slapp kontroll. Reformföreträdarna inom sjukförsäkringen kopplade situationen inom invaliditetsförsäkringen till avsaknaden av en acceptabel sjukförsäkring. Om det funnits en sjukförsäkring med läkarvård som prestation skulle, menade man, invaliditet och kroniska sjukdomar kunna förebyggas eller botas innan det blir aktuellt med invalidpension. Här finner man ett gott exempel på ett problem som uppstått i Sverige genom den ”omvända” reformvägen inom socialförsäkringen. Den, som det upplevdes, undermåliga invaliditetsförsäkringen användes som ett starkt motiv för en sjukkassereform. Besparingskommittén föreslog t ex en sjukhjälpstid inom sjukförsäkringen på tre år något som ansågs leda till avsevärda inbesparingar på pensionsidan. Det fanns också funderingar under 1920-talet på att föra invaliditetsförsäkringen till de reformerade sjukkassorna (som i Danmark och England).

En samordning med invaliditetsförsäkringen och framöver med olycksfallsförsäkringen förutsatte läkarvård som prestation. Möller hade emellertid inte vågat föreslå läkarvård som en skyldighet (men väl som en möjlighet med statsbidrag) för kassorna i sin proposition 1926. Riksdagsutskottet, dit propositionen remitterades, förordade läkarvård som skyldighet varefter det hos sjukförsäkringsreformatörerna inte rädde någon tvekan. Utöver lantmännens motstånd mot den obligatoriska sjukvårdsförsäkringen, förekom, särskilt 1930, ett motstånd från enskilda läkare och avdelningar inom läkarförbundet.<sup>57</sup> Läkarnas aktioner bidrog till utgången 1930 även om läkarförbundets styrelse och medicinalstyrelsen förordade obligatorisk sjukvård. Läkarnas negativism sammanhängde bl a med uppfattningen att sjukkassereformen skulle vara inkörsporren till ett obligatoriskt system, med att deras ställning som fria yrkesutövare skulle försvagas samt med svårigheter i relationen till sina patienter om man tvingas agera ”polis” åt sjukkassan.

Den som under 1920-talets andra hälft mest konsekvent drev sjukkassefrågan i ett samordningsperspektiv var Gustav Möller. I ett par skrifter utvecklar han sin, och socialdemokratins, syn på sjukkassans framtida roll.<sup>58</sup> Sjukkassan skall vara en moderorganisation för de övriga socialförsäkringarna och sjukkasserörelsen bör utvecklas så att sjukkassans styrelse kan tjänstgöra både som pensionsnämnd och som ombud för olycksfallsförsäkringen, eventuellt också för arbetslöshetsförsäkringen. Härigenom blir samverkan möjlig, dubbelersättningar förhindras och administrationen blir billigast tänkbara. För Möller sågs en lösning av sjukförsäkringsfrågan som en ytterst angelägen reform. I 1930 års riksdagsdebatt menade han att ett positivt beslut skulle innebära att riksdagen gjorde ”det svenska folket en tjänst större än någon annan som denna riksdag kan göra vårt folk och större än någon annan, som någon riksdag under de sista tio åren gjort Sveriges folk”.<sup>59</sup>

Den år 1928 tillsatta pensionsutredningen avlämnade sitt betänkande 1934 (SOU 1934:18). Bl a föreslog kommittémajoriteten att folkpensioneringen skall begränsas till ren ålderdomspensionering och att invaliditetsförsäkringen förläggs till sjukkassorna. Gustav Möller, då socialminister, uttryckte sitt principiella gillande över förslaget men vågade själv inte föreslå riksdagen en sådan omläggning.<sup>60</sup> Hans skäl var att 1931 års reform ännu inte var genomförd fullt ut men framför allt att de erkända kassorna hade en för liten omfattning, endast 20–25 % av befolkningen i arbetsför ålder. Ett konkret beslut med samordningen i fokus togs emellertid ett par år senare då pensionsstyrelsen blev tillsynsmyndighet för de erkända sjukkassorna.

Samordningsmotivet var viktigt inför 1931 års reform. Någon effektiv samordning blev emellertid inte möjlig förrän sjukförsäkringen blev allmän och obligatorisk 1955.

### *5.3 Etapp mot en obligatorisk sjukförsäkring*

En obligatorisk sjukförsäkring kan omfatta alla personer som statsmakterna vill ge ett försäkringsskydd. Det var en tidig erfarenhet internationellt sett, att många som ställer sig utanför ett frivilligt system ändå måste hjälpas av den kommunala fattigvården eller annorledes. Detta innebär att de som frivilligt försäkras sig också måste vara med och betala hjälpen till s k fripassagerare. Sådant kan undvikas i ett obligatoriskt system. Även de frivilliga systemens problem med ett ofördelaktigt riskurval (adverse selection) kan lösas med ett obligatorium genom att även personer med upplevd låg risk inkluderas. Enligt 1919 års sjukförsäkringssystem i Sverige skulle i princip hela befolkningen inkluderas. Monopolsjukförsäkring skulle innebära att transaktionskostnaderna hålls nere och en samverkan med andra socialförsäkringsgrenar skulle ge samdriftsfördelar. Vidare skulle kostnader kunna hållas nere inom invaliditets- och olycksfallsförsäkringarna genom att sjukvårdande insatser kunde sättas in snabbt.

1931 års reform kan ses som ett sätt att rationalisera sjukförsäkringsorganisationen och att skapa förutsättningar för samverkan. Monopolsjukförsäkringarna skall emellertid också ses som en etapp på vägen mot en allmän, obligatorisk sjukförsäkring i Sverige.

De ekonomiska realiteterna hindrade den obligatoriska försäkringen under mellankrigstiden. I argumenteringen för monopolsjukförsäkring, alltifrån besparingskommittén till 1931 års proposition, har reformivrarna angett att de föreslagna kassorna skulle kunna användas i ett framtida obligatoriskt system. Man uttryckte sig försiktigt, sannolikt för att blidka obligatorieföreträdarna samtidigt som man inte alltför mycket ville utmana motståndarna. En del av motståndet var nämligen grundat på uppfattningen att reformen skulle bana väg för ett obligatoriskt system och detta skulle innebära tvång, byråkrati och höga kostnader för statsverket. Det man ansåg vara avskräckande erfarenheter (främst i form av missbruk) av utländska obligatoriska system, särskilt i

England och Tyskland, fick också stor uppmärksamhet omkring år 1930.<sup>61</sup> Motståndarna, främst högerfolk och lantmän, pläderade för ett bibehållande av den dåvarande ordningen och i sin antipati mot obligatorium kunde de stödja sig på en läkaropinion.

Den allmänna uppfattningen, bland såväl reformföreträdare som motståndare, var att monopolsjukkassor skulle kunna användas i ett framtida obligatoriskt system. Att motståndarna dessutom såg 1931 års reform som en etapp verkar uppenbart. I vad mån reformföreträdarna såg beslutet som en medveten etapp mot ett obligatorium är svårt att belägga. Vissa aktörer uttryckte emellertid tydliga obligatoriepreferenser, speciellt då sjukkasseförbundet. Även socialstyrelsen, tillsynsmyndigheten, och sjukkasseinspektören stod för obligatorielinjen. Av de politiska partierna var det särskilt socialdemokraterna som på 1920-talet uttryckte obligatoriepreferenser. Möller framhöll exempelvis vid flera tillfällen den obligatoriska försäkringens förtjänster men i samband med behandlingen av socialdemokraten Berglunds obligatoriemotion 1928 menade han att han inte önskade någon obligatoriestrid.<sup>62</sup> En sådan skulle enligt hans mening bara försvåra frågans lösning. Det kan tilläggas att det utskott som behandlade Berglunds motion inte uttryckligen tog avstånd från obligatorieidén som sådan.

En av de mera aktiva reformföreträdarna, tidigare socialministern Bernhard Eriksson, utsågs 1938 till ordförande i den då ny tillsatta socialvårdskommittén. Den lämnade år 1944 ett i stort sett enhälligt förslag till obligatorisk och allmän sjukförsäkring (SOU 1944:15) som i mångt och mycket anslöt till 1919 års idéer. I båda utredningarna hade sjukkasserörelsen aktivt medverkat och för båda sågs monopolsjukkassor som en självklarhet. 1931 års beslut blir på så sätt en etapp och denna etapp i sin tur markerade slutet på den mödosamma processen att enhetliggöra kassarörelsen.

## Noter

1. C. Pierson, *Beyond the Welfare State?*
2. G. Lindeberg, *Den svenska sjukförsäkringshistoria* och R. Lindqvist, *Från folkrörelse till välfärdsbyråkrati*
3. G. Lindeberg, a.a., sid 3 ff
4. Arbetareförsäkringskommitténs betänkande, sid 30
5. S. Bohman, *Sjukförsäkring i Stockholms län*, sid 16
6. Motion AK 1884:11
7. Proposition 1891:24 och 1891:25
8. G. Lindeberg, a.a., sid 232
9. G. Lindeberg, a.a., sid 150
10. P. G. Edebalk, *Fackförbundens sjukförsäkringsbildande* och proposition 1910:202
11. Ofördelaktigt urval innebär att, givet premien, högriskpersoner finner försäkringen lönsam medan lågriskpersoner anser försäkringen onödigt dyr och väljer att inte skaffa sig försäkringsskydd. I försäkringsteoretisk litteratur används ofta benämningen "adverse selection". Se J. Creedy-R. Disney, *Social Insurance in Transition*, kap 1
12. Proposition 1910:202 och 1910:204
13. Social tidskrift 1910, nr 5-6
14. G. Lindeberg, a.a., sid 257 ff och proposition 1931:75, sid 40 ff
15. Uppgifter angående de till Rikssjukförsäkringscentralorganisation anslutna kassornas verksamhet år 1931
16. C. Pierson, a.a., sid 109
17. Protokoll AK 1911:2, sid 41. För ett liknande omdöme se T. Andersson, *Socialförsäkringen och liknande strävanden i Social handbok 1925*
18. Å. Elmér, *Folkpensioneringen i Sverige*
19. P. G. Edebalk, *1916 års olycksfallsförsäkring*
20. Referat öfver förhandlingarna vid andra allmänna sjukförsäkringskonferensen 1907, sid 26-27
21. T. Andersson, *Social sjukförsäkring*
22. Proposition 1910:204
23. Motion AK 1910:306
24. Protokoll AK 1910:56
25. Särskilda utskottets (Nr 3) utlåtande 1910:9
26. Proposition 1916:111, sid 66
27. Förbundet agerade mycket aktivt år 1910 bl a med uppvaktning hos civilministern, genom upprop i förbundstidningen där sjukförsäkringsuppmanats påverka riksdagsmän och genom en stor manifestation på Operan i Stockholm. Se t ex Svensk Sjukförsäkrings-tidning 1910 nr 1 och 5
28. Referat över förhandlingarna vid fjärde allmänna sjukförsäkringskongressen 1913, sid 128 och Svensk Sjukförsäkrings-tidning 1913 nr 15 och 17
29. Se t ex T. Andersson, *Tvångssjukförsäkringen i Tyskland, England och Norge*, sid 35 ff
30. R. Broberg, *Så formades tryggheten*, sid 163
31. Socialförsäkringskommittén, Betänkande och förslag angående allmän sjukförsäkring
32. Theofil Anderssons starka ställning och betydelse för sjukförsäkringsfrågans utveckling behandlas i R. Lindqvist, *Från folkrörelse till välfärdsbyråkrati*, sid 65 ff
33. Motion FK 1920:185
34. FK 2 Tillf. utskott 1920:29, sid 6
35. E. Lundberg, *Ekonomiska kriser förr och nu*, kap 2
36. G. Lindeberg, a.a., sid 328 ff
37. Se t ex. Referat över förhandlingarna vid åttonde allmänna sjukförsäkringskongressen 1925,

- bilaga 1, G. Lindeberg a.a. sid 320 ff samt proposition 1926:117, sid 20 ff
38. Se t ex Sjukkaskebladet 1925:6
  39. Proposition 1926:117
  40. Andra lagutskottets utlåtande 1926:3
  41. Proposition 1927:113
  42. Riksdagens skrivelse 1927:303
  43. Propositioner 1928:5 och 1929:184
  44. Se t ex Referat över förhandlingarna vid nionde allmänna sjukkassekongressen 1928, bilaga 1 och G. Lindeberg, a.a., sid 356 ff
  45. Motion FK 1928:39
  46. G. Lindeberg, a.a., sid 356 och Sjukkaskebladet 1928:9 och 1928:12
  47. Referat över förhandlingarna vid tionde allmänna sjukkassekongressen 1931, sid 55
  48. Proposition 1930:154, sid 31 ff
  49. Proposition 1930:154
  50. Se t ex Läkarna och sjukförsäkringen
  51. Proposition 1931:75
  52. Sjukkaskebladet 1930:9 och 1930:10
  53. Se t ex protokoll AK 1927:36, sid 66 ff, 1930:39, sid 12 ff och 1931:43, sid 40 ff
  54. Se t ex protokoll FK 1930:38, sid 110 ff och 1931:41, sid 3 ff
  55. Se t ex protokoll FK 1930:38, sid 105 ff och AK 1930:39, sid 7 ff
  56. Se t ex protokoll FK 1927:35, sid 7 och 20, AK 1927:36, sid 72, FK 1928:27, sid 4 samt FK 1930:38, sid 125. Se också B. Eriksson, *Den svenska socialförsäkringens brister*, sid 22–23
  57. Se not 50 samt proposition 1931:75, sid 50 ff
  58. *Arbetslöshetsförsäkringen jämte andra sociala försäkringar samt Trygghet och säkerhet åt Sveriges folk*
  59. Protokoll FK 1930:38, sid 126
  60. Proposition 1935:277
  61. Se t ex Sjukkaskebladet 1929:10 samt protokoll FK 1930:38, sid 114, och AK 1930:39, sid 12 och sid 17–18
  62. Protokoll FK 1928:28, sid 8

### Referenser

- Andersson, Theofil, *Tvångssjukförsäkringen i Tyskland, England och Norge*. Stockholm 1916
- Andersson, Theofil, *Socialförsäkringen och liknande strävanden*. Social Handbok. Stockholm 1925
- Andersson, Thor, *Social sjukförsäkring*. Stockholm 1907
- Arbetsareförsäkringskommitténs betänkande I. Stockholm 1889
- Bohman, S., *Sjukkasor i Stockholms län – fragment från en stor folkrörelse som fallit i glömska*. Oskarshamn 1994
- Broberg, R., *Så formades tryggheten*. Stockholm 1973
- Creedy, J.-Disney, R., *Social Insurance in Transition. An Economic Analysis*. Oxford 1985
- Edebalk, P. G., *Fackförbundens sjukkaskebildande. En studie i facklig självhjälp 1886–1910*. Meddelanden från Socialhögskolan i Lund 1983:6
- Edebalk, P. G., *1916 års olycksfallsförsäkring. En framtidsinriktad socialpolitik*. Scandia 1993:1
- Elmér, Å., *Folkpensioneringen i Sverige*. Lund 1960
- Eriksson, B., *Den svenska socialförsäkringens brister*. Stockholm 1928
- Lindeberg, G., *Den svenska sjukkaskeörelsens historia*. Lund 1949
- Lindqvist, R., *Från folkrörelse till välfärdsbyråkrati*. Lund 1990

Lundberg, E., *Ekonomiska kriser förr och nu*. Stockholm 1994

*Läkarna och sjukförsäkringen*. En granskning av aktuarien Holger Areschoug på uppdrag av sjukkasseorganisationernas samarbetskommitté. Stockholm 1931

Möller, G., *Arbetslöshetsförsäkringen jämte andra sociala försäkringar*. Stockholm 1926

Möller, G., *Trygghet och säkerhet åt Sveriges folk*. Stockholm 1928

Pierson, C., *Beyond the Welfare State*. London 1991

Referat över förhandlingarna vid sjukkassekonferenser 1907, 1913, 1925, 1928 och 1931  
Riksdagens protokoll jämte bihang

Rikssjukkassornas centralorganisation. Uppgifter angående de till Rikssjukkassornas centralorganisation anslutna kassornas verksamhet år 1931. Östersund 1932

Sjukkassebladet 1925, 1928, 1929 och 1930

Socialförsäkringskommittén 1. Betänkande och förslag angående allmän sjukförsäkring.  
Stockholm 1919

Social tidskrift 1910

SOU 1925:8. Betänkande med utredning och förslag angående socialförsäkringens organisation

SOU 1934:18. Betänkande med förslag rörande revision av den allmänna pensionsförsäkringen

SOU 1944:15. Utredning och förslag angående lag om allmän sjukförsäkring

Svensk sjukkassetidning 1910 och 1913