

# Socialförsäkringen och Försäkringskassorna - i ett historiskt perspektiv

Jan-Åke Brorsson

Kunskapen om ursprunget till dagens socialförsäkringar är för många diffust. Artikeln ger en översiktlig bild av framväxten av försäkringar mot sjukdom, pension, arbetsskada mm samt hur administrationen formats. Det har tagit lång tid och inte sällan har reformerna varit föremål för långa och intensiva ideologiska och politiska diskussioner. Låt oss inte bortse från historien när vi skall forma morgondagens socialförsäkringar och administration.

Jan-Åke Brorsson, fil mag med ekonomisk och samhällsvetenskaplig inriktning, är sedan 1996 förbundsdirektör vid Försäkringskassaförbundet(FKF).

## Inledning

Dagens socialförsäkringsdebatt handlar bl a om behovet av förnyelse för att anpassa såväl försäkring som administration till nya krav och förändringar i samhället. Övergången till ett informationssamhälle, internationalisering, EU-anpassning innebär att kraven från såväl de försäkrade som statsmakterna förändras. I ett intensivt förändringsskede som detta är det inte bara av vikt att se framåt utan även bakåt. Hur har socialförsäkringen och försäkringskassorna vuxit fram. Vad kan vi lära av utvecklingen?

Syftet med denna artikel är att ge en översiktlig bild av socialförsäkringens och försäk-

ringskassornas framväxt och utveckling. Processen har varit långsiktig och präglats av politisk vilja och successiv anpassning till förändringar i samhället. Övergången från bonde- till industrisamhället var den viktigaste drivkraften för att skapa en sjukförsäkring och därmed också början på en utveckling mot dagens breda socialförsäkring. Artikelns tyngdpunkt ligger på sjukförsäkring, yrkeskadeförsäkring och försäkringskassorna. Mindre vikt har lagts vid pensioner och familjeförmåner.

## På skråväsendets tid

På bondesamhällets tid fanns den sociala tryggheten inbyggd i storfamiljens skyldighet att ta hand om sina gamla och sjuka. För de fria yrkesutövarna såsom skräddare, skomakare, snickare m. f. l. fanns inget sådant skydds nät. Behovet av trygghet måste täckas på annat sätt. Inom ramen för det s k skråväsendet ser vi, redan på 1500-talet, hur föregångarna till dagens socialförsäkringar börjar skapas. De skråordningar som då växte fram hade ofta bestämmelser om hjälp till sjuka medlemmar. Inledningsvis var dessa bestämmelser mer av välgörenhetsart. Skrånas protokoll och räkenskaper, som finns beva-

---

---

*Skråordningarna hade ofta bestämmelser om hjälp till sjuka medlemmar*

---

---

---

---

*Mot mitten av 1700-talet växte det fram speciella sjukkassor*

---

---

rade sedan 1700-talet, visar att hjälpverksamheten, vid denna tid, spelade en obetydlig roll. Ofta bestod den av lån, vilket skulle återbetalas om och när medlemmen tillfrisknat.

Mot mitten av 1700-talet växte det fram speciella sjukkassor. Exempel är Stockholms stads timmer- och dagverkskarlars samt Konstförvanternas, dvs boktryckeriarbetarna och bokbindargesällerna. Till dessa kassor betalades inträdesavgift och månadsavgift. Förmånerna bestod av sjukpenning och begravningshjälp. År 1754 bildades Boktryckerikonstförvanternas Sjuk- och begravningshielps- och Understöds-kassa, vilken var en annan typ av kassa. Den var vår första "riks-sjuk-kassa" genom att den stiftades till förmån för "boktryckarsocietetens" samtliga arbetare (dock ej lärlingar) och deras hustrur. Avgifterna betalades via arbetsgivarna. Bland bestämmelserna kan nämnas att medlem inte kunde få någon förmån förrän sex månader efter inträdet såvida han inte hade betalt avgift för ett helt år. Han fick inte heller vid inträdet lida av någon kronisk sjukdom. Man hade stadganden om sjukintyg, "kranksedlar", som skulle utfärdas av den eller de fullmäktige, som representerade kassan vid varje tryckeri. Denna kassa hade alltså ett starkt arbets-givarinflytande, vilket också, betydligt senare, många fabrikkassor hade.

Under sista hälften av 1700-talet bildades de första "öppna" sjukkassorna. Göteborgs Sjuk- och Begravningshjelps- och Understöds-cassa bildades 1761. Medlemmarna var i huvudsak hantverkare från små hantverkar-skrå, som annars inte hade möjlighet att full-

göra sina ekonomiska skyldigheter vid större sjuklighet. För tillträde till kassan, som så småningom även öppnades för icke-göteborgare, fordrades god frejd och god hälsa. Vid inträdet erlades avgifter som varierade med ålder. Under 40 år var avgiften 10 daler, mellan 40-50 år 20 daler och över 50 år enligt särskild överenskommelse från fall till fall. Årsavgiften var lika för alla och uppgick till 8 daler. Sjukpenning betalades med 6 daler i veckan till sängliggande sjukmedlem. Under konvalescenstid fick han nöja sig med 4 daler. Läkrintyg, som utfärdats på av kassan fastställd blankett fordrades. Kassans sk bisittare skulle dagligen besöka den sjuke, vilket innebar att det utestängde de utanför staden boende medlemmarna från hjälp. För venerisk sjukdom lämnades ingen sjukhjälp och tärande sjukdomar t ex lungсот behandlades som ålderdomssvagheter liksom beständig invaliditet.

Stockholm fick sin första öppna kassa år 1781 genom "Allmänna sjuk- och begravnings-cassan".

En ny typ av självhjälpsföreningar började framträda i början av 1800-talet. Idén kom från England och innebar att man i stadgarna förde in ett begränsat och ganska lågt medlemsantal samt grundade sin hjälpverksamhet helt på avgifter. Namn som "Tjugosju medlidande bröderne" och "Samhället uppriktiga vänner i nöden" var karakteristiska för denna typ av kassor.

### **Sjuk-kasserörelsen**

Sjuk-kassorna spelade en obetydlig roll fram till i slutet på 1800-talet. Den statliga Arbetar-

---

---

*Kassans sk bisittare skulle dagligen besöka den sjuke*

---

---

---

---

*Den sociala och ekonomiska otrygghet som industrisamhället innebar skapade förutsättningar för sjukvårdsörelsens starka framväxt i slutet på 1800-talet*

---

---

försäkringskommittén konstaterade att i mitten av 1800-talet fanns ca 100 föreningar varav de flesta i städerna. Årtiondena därefter ökade dock tillväxttakten kraftig och detta var kassareörelsens verkliga genombrottsår. Under denna tid bildades tre gånger så många kassor som under första hälften av 1800-talet. Orsakerna till denna ökning är främst en kraftig industrialiseringsprocess men sannolikt också att Sverige hade en stark befolkningsutveckling.

När industrin breder ut sig sprängs bondesamhället sönder. Torpare, drängar och pigor lämnar jordbruket för att gå in i fabriker. Därmed lämnar de en i och för sig dålig men ändå viss ekonomisk och social trygghet. Industrins arbetsgivare betalade ut lön när man arbetade. Kunde man inte gå till jobbet fick man ingen lön. Den sociala och ekonomiska otrygghet som industrisamhället innebar skapade förutsättningar för sjukvårdsörelsens starka framväxt i slutet på 1800-talet. För att skapa en ekonomisk trygghet vid sjukdom och dödsfall följde arbetarna tidigare mönster från skråväsendets tid och bildade frivilliga sjukvårdsföreningar. Floran av kassor var stor. Här fanns fabrikskassor, yrkeskassor, kassor för slutna kretsar, exempelvis 50- och 100-mannaföreningar, allmänna kassor och kassor för speciella ändamål. Inledningsvis fick de sk hundramannaföreningarna en stor betydelse. Som namnet säger bestod de av 100 medlemmar eller en multipel av hundra, exempelvis 50 eller 200. Förklaringen till dess

betydelse var sannolikt att de var öppna kassor samt enkla att administrera. Man tog inte in några regelbundna avgifter. När någon medlem blev sjuk debiterades istället alla medlemmar, även den sjuke. Inkomna avgifter användes sedan för att betala sjukpenning.

I andra europeiska länder fick sjukvårdsörelsen tidigt stöd genom särskild lagstiftning. I England antogs den första lagstiftningen redan 1792. I Sverige dröjde till i slutet av 1800-talet. 1891 års riksdag fick en proposition på sitt bord, vilken innehöll förslag om att kassor, som registrerade sig hos Riksförsäkringsanstalten, skulle få ett mindre förvaltningsbidrag. Riksförsäkringsanstalten skulle bli tillsynsmyndighet. Riksdagen biföll registreringskrav och förvaltningsbidrag men valde att inte inrätta Riksförsäkringsanstalten. Registrering fick istället ske hos Konungens befallningshavande (motsv.).

Den nya lagen hade inledningsvis ingen större inverkan på sjukvårdsörelsens utveckling. Förvaltningsbidraget ansågs allför lågt och dessutom var lagstiftningen i övrigt ofullständig. Under slutet av årtiondet genomfördes vissa förbättringar av förvaltningsbidraget, vilket bidrog till att öka antalet registrerade kassor.

I augusti 1905 hölls i Norrköping den första sjukvårdskonferensen. Vid denna var 552 kassor med ca 200.000 medlemmar representerade. Konferensen beslöt att bilda en särskild kommitté, "Sveriges sjukvårds centralkommitté", vars uppgift blev att arbeta för utveckling av sjukvårdsörelsen och inför statsmakterna bevaka dess intressen. Kommittén gjorde ett flertal framställningar till regeringen om förbättringar för sjukvårdsörelsens verksamhet, vilka först 1910 resulterade i en ny lagstiftning. Redan då fanns det förslag om att införa en obligatorisk sjukvårdsförsäkring. Riks-

---

---

## *Först år 1955 fick vi en obligatorisk sjukförsäkring*

---

---

dagen avlog visserligen motionerna men uttalade att frågan skulle komma att ”tryggt” i sin ordning bäras fram till sitt slutliga avgörande. Väntan blev lång. Först år 1955 fick vi en obligatorisk sjukförsäkring.

Debatten om en obligatorisk sjukförsäkring fördes under 20- och 30-talen och intensifierades efter krigsåren. En lag om allmän sjukförsäkring utfärdades 1947. Regeringen föreslog dock senare riksdagen att i två omgångar uppskjuta ikraftträdandet. Istället tillsattes en ny utredning på vars förslag en proposition skrevs och Sverige fick fr o m l januari 1955 en allmän och obligatorisk sjukförsäkring.

### **Yrkesskadeförsäkringen**

Redan i samband med 1891 års sjukkaselagstiftning väcktes frågan om försäkring vid olycksfall i arbetet. Riksdagen avlog dock förslaget. Istället fick vi vår första obligatoriska socialförsäkring genom 1901 års lag om ersättning för skada till följd av olycksfall i arbetet. Lagen innebar skyldighet för vissa arbetsgivare, huvudsakligen inom industrin, att ge ersättning till arbetare, som skadats under arbete hos dem. Arbetsgivaren kunde antingen själva stå för kostnaden eller försäkra sina arbetare hos Riksförsäkringsanstalten, vilken var en ny myndighet

Genom 1916 års lag om försäkring för olycksfall i arbete fick arbetsgivarna skyldighet att försäkra praktiskt taget alla anställda för olycksfalls i arbetet. En arbetsgivare kunde välja mellan att vara försäkrad i Riksförsäkringsanstalten eller i något för detta ändamål bildat ömsesidigt försäkringsbolag. Lagstift-

ningen kompletterades sedan vid flera tillfällen innan vi 1955 fick en ny lag om yrkesskadeförsäkring. Genom denna lag fick vi en långtgående samordning med den allmänna sjukförsäkringen. Yrkesskadeförsäkringen administrerades dock även fortsättningsvis av antingen Riksförsäkringsanstalten eller de sk socialförsäkringsbolagen. Riksförsäkringsanstalten roll övertogs fr om 1961 av Riksförsäkringsverket.

Tänkar på att sammanföra yrkesskadeförsäkringen med den allmänna försäkringen fanns redan i mitten på 1950-talet. Frågan utreddes ett antal gånger under 1960-och 70-talen. År 1969 beslöts att de s k socialförsäkringsbolagen skulle avvecklas och att enbart Riksförsäkringsverket skulle vara försäkringsgivare för yrkesskadeförsäkringen. År 1977 integrerades yrkesskadorna i den allmänna försäkringen och lagen om arbetsskadeförsäkring infördes. Försäkringskassorna fick ansvaret att administrera försäkringen. Riksförsäkringsverket behöll dock ansvaret för den gamla yrkesskadeförsäkringen. En uppgift som numera ligger på Försäkringskassan i Gävleborgs län.

### **Pension**

Även frågan om pensioner var föremål för motioner och diskussioner i riksdagen under större delen av 1800-talet. År 1907 tillsattes ”Ålderdomsförsäkringskommittén”, i vilken bl a Hjalmar Branting var ledamot. Kommitténs förslag blev proposition och 1913 års riksdag antog densamma. Därmed var grunden lagd för folkpensioneringen. Pensionsordningen var konstruerad efter försäkringsmässiga grunder och fick därför benämningen

---

---

*1913 lades grunden till folkpensioneringen*

---

---

allmän pensionsförsäkring. Lagstiftningen byggde på avgiftsbetalning så att pensionerna stod i relation till de erlagda avgifterna.

Pensionsförsäkringarna administrerades lokalt av kommunala pensionsnämnder och tillsynsmyndighet var den nyinrättade Pensionsstyrelsen.

Pensionsförsäkringen innehöll också ersättning vid invaliditet. Det blev därför naturligt att Pensionsstyrelsen skulle bedriva "sjukvårdande verksamhet" för att invaliditeten skulle kunna minskas eller skjutas upp. De åtgärder som förekom var behandling vid bad- och kurorter, sanatorier, lasarett, blindskola eller lupushem samt olika slag av yrkesutbildning. Verksamheten startade i början av 1915. Eftersom resurserna för kvalificerad kurortsvård ansågs för små i Sverige beslöts att starta en utbyggnad. På så sätt tillkom med finansiellt stöd via folkpensioneringsfonden AB Tranås vattenkuranstalt, AB Nynäs Kuranstalt och Kuranstalten i Åre.

Pensionssystemet förändrades på flera sätt 1948: Pensionsbeloppen höjdes kraftigt, invalidpensioneringen förbättrades, vissa familjeförmåner infördes och dyrortsgraderingen ersattes av inkomstgraderade bostadstillägg, som kunde kombineras med kommunala bostadstillägg. En annan viktig förändring var att rätten till ålderspension gjordes oberoende av inkomstprövning och blev alltså generell. Fattig eller rik, alla fick samma ålderspension. År 1950 blev folkpensionerna värdesäkrade genom ett indexsystem. Under 1950-talet fick vi sedan den s k ATP-striden, vilken resulterade i att en obligatorisk och allmän tjänstepensionering infördes i början av 1960-talet.

## Stöd till funktionshindrade

Redan genom tillkomsten av pensions-

---

---

*Målet för den politik som fastställdes var att genom olika insatser öka de funktionshindrades möjligheter till delaktighet i samhällslivet*

---

---

försäkringen år 1913 fick vi såväl försörjningsstöd som sjukvårdande stöd till funktionshindrade. I mitten på 1950-talet förbättrades de s k blintilläggen och samtidigt infördes ett s k vårdtillägg. Detta skulle utgå till pensionärer, som före 60 års ålder fått behov av tillsyn. Vårdtilläggen skulle, liksom blindtilläggen, inte inkomströvas.

En förändrad syn på de funktionshindrade och deras situation i samhället kan spåras till ett flertal utredningar under 1960-talet. Målet för den politik som fastställdes var att genom olika insatser öka de funktionshindrades möjligheter till delaktighet i samhällslivet. Ett resultat av denna politik blev att ett flertal förmåner skapats inom socialförsäkringens ram. Under 1970-talet infördes vårdbidrag och handikappersättning. Under 1980-talet kompletterades detta med bilstöd och under 1990-talet kom lagen om assistansersättning.

## Sjukförsäkringsriksorganisationer

Tidigare har nämnts att den först sjukförsäkringskonferensen höll i Norrköping år 1905. Konferensen bildade "Sveriges sjukförsäkringscentralkommitté", som arbetade i två år. Vid nästa konferens i Stockholm år 1907 beslöt man att bilda Sveriges allmänna sjukförsäkringsförbund. Sjukförsäkringsförbundets uppgift var att arbeta för utvecklingen av sjukförsäkringsväsendet, verka för en ändamålsenlig sjukförsäkringslagstiftning samt ge service till sina medlemmar, vilka endast var s k registrerade kassor. Förbundets organisation förändrades inte nämnvärt under åren

fram till 1931 då en ny lagstiftning tvingade fram förändringar. Antalet medlemmar i anslutna kassor ökade från ca 110.000 till ca 520.000, vilket var ungefär hälften av alla de medlemmar som de statsunderstödda kassorna hade.

Åren 1915-1916 förändrades situationen radikalt. Då beslöt sig 8 rikskassor i Stockholm för att bilda en egen organisation, "Rikskassornas centralorganisation". Till denna organisation anslutna kassor hade ca 180.000 medlemmar år 1917 och ca 360.000 år 1931.

Förhållandet mellan Sjukkassee förbundet och Centralorganisationen var tidvis ganska spänt beroende på att Centralorganisationens medlemmar var rikstäckande och stora medan Sjukkassee förbundets medlemmar var små och enbart lokalt förankrade. Visst samarbete fanns dock och båda hade intresse av att te statsbidragen höjdes så att man fick tillfredstillande kompensation för penningsvärdets fall. Efter hand blev det tydligt att ett gemensamt uppträdande var nödvändigt om en ny och mera tillfredstillande sjukkassee skulle kunna komma till stånd. Samförståndstanken vann terräng och bland de sakkunniga, som utarbetade förslaget till 1931 års lag, fanns representanter från både Sjukkassee förbundet och Centralorganisationen.

När den nya lagen, som i möjligaste mån sökte tillgodose båda parternas anspråk, trädde i kraft, borde sammanslagningen av de två huvudorganisationerna varit en absolut självklar sak. Det krävdes dock långvariga och segslitna förhandlingar, bl a om den nya sammanslutningens namn och om stadge-

---

*Förhållandet mellan Sjukkassee förbundet och Centralorganisationen var tidvis ganska spänt*

---

bestämmelserna angående val av styrelse och arbetsutskott, innan enighet uppnåddes. År 1934 bildades så Svenska sjukkassee förbundet.

## **En enhetlig socialförsäkringsorganisation**

Vid 1920 års riksdag begärdes i en motion att frågan om en enhetlig organisation av den svenska socialförsäkringens olika grenar skulle utredas. Motionärerna menade att det behövdes en utredning dels pga det förestående genomförandet av en obligatorisk sjukförsäkring dels för att få en framtida utveckling i rätt riktning av hela socialförsäkringen.

När ärendet föredrogs i regering sa departementschefen, socialminister Bernhard Eriksson bla följande:

"Det gällde nu att från de av utvecklingen framskapade skilda organisationerna komma fram till viss enhetlighet såväl i prestationer som i administration. Att beträffande den centrala administrationen vissa förenklingar borde kunna uppnås och en del dubbelarbete undvikas var utan vidare uppenbart. Han menade också att annan samordning var nödvändig. För att exempelvis få ett olyckfall i arbetet prövat var man tvungen att vända sig till ett centralt ämbetsverk medan sjukpenningen prövades lokalt. Det borde finnas förutsättningar att skapa gemensamma lokala socialförsäkringsmyndigheter."

En kommitté tillsattes men den fick inte slutföra sitt uppdrag. I samband med den stora minskningen av antalet utredningar, som av besparingsskäl genomfördes under första hälften av 1920-talet, upplöstes kommittén.

Sjukkassee frågan var också föremål för behandling inom "Statens besparingskommitté". Denna kommitté arbetade under 1920-talet med uppgift att föreslå åtgärder för att få ned statens utgifter. Kommittén behandlade organisationen av såväl sjukpenningförsäkringen

som den obligatoriska olycksfallsförsäkringen och pensionsförsäkringen. Resultatet av arbetet redovisade kommittén i ett betänkande år 1925. Betänkande fick stor påverkan på utvecklingen av socialförsäkringens innehåll och organisation. Vad gäller en obligatorisk sjukförsäkring menade kommittén att ett genomförande i enlighet med 1919 års förslag skulle medföra utgifter för staten som man inte klarade av. Man koncentrerade sig alltså på en fortsatt utveckling av den frivilliga försäkringen och dess organisation. Det gällde i första hand att komma tillrätta med de brister i organisationen, som skapades genom splittringen. En annan svaghet var konkurrensen mellan de lokala sjukförsäkringskassorna och rikssjukförsäkringskassorna. Man föreslog en organisation med "lokala enhetskassor". Det skulle bara finnas en registrerad kassa i varje område. Området skulle kunna vara en eller flera kommuner. Varje kassa borde ha minst 100 medlemmar. Om antalet medlemmar inte översteg 500 skulle kassan vara tvungen att tillhöra en återförsäkringskassa för att få en ökad riskspridning. Man såg samordningsfördelar mellan sjukförsäkring, pensionsförsäkring och olycksfallsförsäkring. Sjukförsäkring kunde, efter överenskommelse med tillsynmyndigheten, få administrera försäkringen för olycksfall. Man ville inte förbjuda kassorna att ge "begravningshjälp" men ansåg att detta skulle vara en särskilt avskild del av verksamheten och inte ingå i sjukförsäkringen.

### **"Centralsjukförsäkringskassor" och "lokalsjukförsäkringskassor".**

Efter många utredningar och propositioner

---

*En svaghet var konkurrensen mellan de lokala sjukförsäkringskassorna och rikssjukförsäkringskassorna*

---

---

*Sjukförsäkringen skulle skötas av två särskilda organ "centralsjukförsäkringskassor" och "lokalsjukförsäkringskassor"*

---

beslöt 1931 års riksdag att införa en ny sjukförsäkringskassa med följande innehåll:

Sjukförsäkringen skulle skötas av två särskilda organ "centralsjukförsäkringskassor" och "lokalsjukförsäkringskassor". Centralsjukförsäkringskassorna skulle vara samlingsorgan för lokalsjukförsäkringskassorna, vilka skulle vara självständiga föreningar med full rättsförmåga. Centralsjukförsäkringskassorna skulle ha viss insyn och påverkan på lokalsjukförsäkringskassornas verksamhet och organisation. Lokalsjukförsäkringskassorna skulle hjälpa centralsjukförsäkringskassorna med uppbörd av avgifter och sjukkontroll. På detta sätt klarade man av att hantera både den lokala självriskan samt riskutjämningen. Lokalsjukförsäkringskassorna svarade för de 21 första dagarna i ett sjukdomsfall. Därefter tog centralsjukförsäkringskassan över ansvaret. Om lokalsjukförsäkringskassan hade mer än 500 medlemmar och en god fondställning kunde den få ta ansvaret för de första 90 dagarna i ett sjukdomsfall. Lokalsjukförsäkringskassans verksamhetsområde anslöt till den kommunala indelningen. Man menade att kommunen hade ett stort intresse i sjukförsäkringsfrågorna. Dessutom hanterade ju kommunerna pensionsförsäkringen. Enhetsprincipen innebar att det bara skulle få finnas en registrerad kassa i varje område. Begravningshjälpen avskiljdes från sjukförsäkringen. Det blev obligatoriskt för kassorna att ha sjukvårdsförsäkring. Alla erkända kassor fick statsbidrag till sin verksamhet. I försäkringen ingick också moderskapshjälp.

I slutet av 1950-talet såg vi resultatet av många års arbete för en obligatorisk sjukförsäkring, allmän pension samt en enhetlig sjukförsäkringsorganisation. De frivilliga och självstän-

diga sjukförsäkringarna fick 1955 riksdagens uppdrag att ta ansvar för administrationen av den obligatoriska sjukförsäkringen. År 1962 fick man också ta över ansvaret för den allmänna pensionen från kommunerna. De lokala kassastyrelserna avvecklades och kvar fanns självständiga länskassor (i vissa fall stadskassor) med egna styrelser. Namnet sjukförsäkring byttes mot försäkringskassa. Svenska sjukförsäkringsförbundet bytte namn till Försäkringskassaförbundet. Tillsynsmyndigheten Riksförsäkringsverket inrättades och tog över uppgifter, som tidigare Riksförsäkringsanstalten och Pensionsstyrelsen haft.

### Läkarrollen i sjukförsäkringen

Läkarnas medverkan i sjukförsäkringen kan beskrivas i följande tre roller: Behandlande, Intygsskrivande och Förtroendeläkare.

*Den behandlande rollen* sammanhänger med att inom vissa sjukförsäkringar innehöll sjukförsäkringen tidigt även en sjukvårdsdel. Under de frivilliga kassornas tid fick dock sjukvårdsrollen inte så starkt genomslag som i exempelvis Danmark och Tyskland. Orsakerna till detta kan bl a hänföras till bristande tillgång på läkare och att läkarvården var dyr samt att det fanns en viss misstro mellan sjukförsäkringarna och läkarkåren. En början till en bättre och mer utvecklad dialog mellan sjukförsäkringarna och läkarkåren kan ses 1905-1907. Vid sjukförsäkringskonferensen i Norrköping 1905 diskuterades läkarfrågan och kongressen menade att det nu var viktigt att läkarkåren preciserade sin inställning till sjukförsäkringsväsendet. Svaret kom genom att en av Allmänna svenska läkarföreningen tillsatt kommitté lämnade en rapport 1907. Med detta underlag byggdes sedan en konstruktiv dialog om samverkan. Aktuella frågor var exempelvis principen om fritt läkarval för sjukförsäkringsmedlem-

mar, arvodering av läkarna och flermedlemskap. Det senare innebar att om en person var medlem i två kassor fick läkaren arvode från båda kassorna.

Allteftersom betydelsen av sjukvårdsdelen ökade utvecklades också dialogen mellan sjukförsäkringarna och läkarkåren. Under årens lopp förändrades läkarvårdstaxan dvs den som den försäkrade skulle återfå (återbärings-taxan). På 1960-talet utarbetades förslag till den s.k. 7-kronorsreformen, vilken trädde i kraft 1970. Denna innebar att de offentliga sjukvårdshuvudmännen fick en ersättning direkt av staten och att den försäkrade endast betalade 7 kr/besök. Denna reform minskade kraftigt arbetet hos försäkringskassorna. För privat läkarvård gällde även fortsättningsvis återbärings-taxan.

*Läkarnas roll som intygsgivare* byggde på att sjukförsäkringen innehöll en sjukpenningdel. Underlag från läkarna behövdes för att bedöma såväl rätten till medlemskap som sjukpenningrätten.

Den första prövningen, som också i vissa fall krävde läkarintyg, rörde alltså rätten att bli medlem. Ända fram tills det försäkringen sabbes obligatorisk år 1955 fanns hårda regler för att bli medlem. Personer med hälsoproblem hade exempelvis svårt få medlemskap. Som tidigare nämnts varierade även avgifterna med ålder och en särskild individuell prövning gjordes av personer äldre än 50 år.

Sjukpenningrätten prövades av kassastyrelserna. Underlag för sina beslut fick styrelserna genom rapporter från sjukkontrollanter. Uppdraget som sjukkontrollant var

---

---

*Ända fram tills det försäkringen blev obligatorisk år 1955 fanns hårda regler för att bli medlem*

---

---



ursprungligen förtroendeuppdrag, som kassamedlemmar var skyldiga att åta sig. I de flesta kassor var det ett fritidsuppdrag som sköttes på kvällar och helger medan det i större kassor kunde vara heltidsanställda. Kravet på att ha läkarintyg varierade dock mellan sjukkasorna. Inom exempelvis tidigare nämnd Boktryckarnas Sjukförsäkring utfärdades sjukintyg i form av "kranksedlar" av fullmäktige, som representerade kassan på varje tryckeri. Vid Göteborgs Sjuk- och begravningshjelps och Understödsförsäkring krävdes däremot läkarintyg, som utfärdades på av kassan fastställd blankett. Kassans s k bisittare skulle också dagligen besöka den sjuke.

För att få sjukpenning krävdes också att man skötte sig. Det gällde att följa de ordinationer och de råd som läkaren angivit. I många protokoll från våra gamla sjukförsäkringar ser man inte sällan att en sjukskriven medlem vägrats ersättning av den anledningen att han eller hon inte skött sig. Det var sjukkontrollanten, som inte tillstyrkte ersättning, därför att exempelvis den sjuke inte hade varit hemma sängliggande, som läkarintyget föreskrev. Det finns också exemplen där sjukpenning ej utgått pga alkoholvanor. Krav på nykterhet under sjukdomstid, för att få sjukpenning, fanns inskrivet i många sjukförsäkringsstadgar.:

Under 1950-talet, då antalet medlemmar i de erkända sjukförsäkringarna ökade kraftigt och sjukpenningbeloppen höjdes blev sjukkontrollen, som därtills åvilat lokalsjukförsäkringarna, en så viktig fråga att centralsjukförsäkringen utgav vissa riktlinjer för hur sjukkontrollen skulle bedrivas. Rollen som sjukkontrollant hade då utvecklats till en heltidsanställning och en specialistfunktion.

I instruktionen för sjukkontrollens bedrivande fastslogs att denna i princip åvilade respektive lokalkontor och att föreståndaren hade

ansvaret för den interna kontrollen. Den innebär att granska nyanmälda och pågående sjukdomsfall avseende bl a sjukdomens art, sjukskrivningstidens längd, av läkare givna föreskrifter, förvärvs- och sociala förhållanden osv. Denna granskning kunde ibland föranleda kontakt med behandlande läkare, distriktssköterska, arbetsgivare osv. Den kunde också innebära att man gjorde s k yttre kontroll exempelvis ett hembesök.

En arbetsuppdrag, som försäkringskassorna fick på 60-70-talen, var att utreda s.k. långtidsfall. När en försäkrad varit sjuk i 90 dagar, skulle kassan undersöka om det förelåg behov av att vidtaga åtgärd för att förkorta sjukdomstiden samt för att helt eller delvis förebygga eller häva nedsättningen av den försäkrades arbetsförmåga. Alltså en föregångare till dagens rehabiliteringsutredningar och rehabiliteringsplaner.

*Rollen som förtroendeläkare* växte successivt fram inom kassorna. De större kassorna anställde redan på 20-30-talen förtroendeläkare för att därmed få stöd av medicinsk expertis att granska och bedöma de medicinska underlagen. I de allmänna centralsjukförsäkringarna som bildades 1955 fanns krav på att det skulle finnas förtroendeläkare, vilka efter kassans hörande tillsattes av Medicinalstyrelsen. Rollen som förtroendeläkare har sedan utvecklats från att vara en timarvoderad funktion på centralkontoren till en hel- eller deltidanställning ute på lokalkontoren. Kassorna har numera också en funktion som försäkringsöverläkare. I samband med att villkoren för att få sjukpenning skärptes år 1995 tillfördes kassorna resurser för att förstärka försäkrings-

---

---

*De större kassorna anställde redan på 20-30-talen förtroendeläkare*

---

---

läkarorganisationen. Samtidigt ändrades benämningen till försäkringsläkare.

## **Tillsynsmyndigheter och administration**

Rollen som tillsynsmyndighet för sjukkasseeväsendet har legat på många myndigheter innan den i början av 1960-talet lades på Riksförsäkringsverket.

I 1891 års lagstiftning fick överståthållarämbetet/länsstyrelserna uppdraget att sköta registrering av sjukkassor. År 1910 tog Kommerskollegium över som tillsynsmyndighet och registreringsmyndighet. Detta uppdrag övergick 1913 till den nyinrättade Socialstyrelsen och sjukförsäkringsbyrån vid kommerskollegium överflyttades till Socialstyrelsen.

År 1901 inrättades Riksförsäkringsanstalten för att sköta den obligatoriska försäkringen för olycksfall i arbetet.

Pensionsstyrelsen inrättades år 1913 och blev tillsynsmyndighet för pensionsförsäkringen.

År 1938 övertog Pensionsstyrelsen ansvaret Socialstyrelsen att vara tillsynsmyndighet för de erkända sjukkassorna.

I mitten av 50-talet samordnades den allmänna sjukförsäkringen och den nya yrkeskadeförsäkringen, vilket gjorde det naturligt att ett och samma statliga verk hade hand om båda socialförsäkringsgrenarna. Riksförsäkringsanstalten tog därför år 1953 över uppdraget som tillsynsmyndighet för sjukkassorna från Pensionsstyrelsen. Samtidigt hade man ansvaret att administrera olycksfallsförsäkringen. I samband med att den allmänna tilläggspensionen infördes i början av 1960-talet inrättades Riksförsäkringsverket, som då övertog tillsyns- och handläggningsuppgifter från såväl Riksförsäkringsanstalten som Pensionsstyrelsen.

---

---

*Tiden efter 1962 präglades av en detaljstyrning och en stark roll för tillsynsmyndigheten Riksförsäkringsverket*

---

---

Tiden efter 1962 präglades av en detaljstyrning och en stark roll för tillsynsmyndigheten Riksförsäkringsverket. Styrningen av försäkringen skedde genom ett omfattande regelverk av förordningar, handböcker mm samt inspektioner av kassorna. Den administrativa styrningen skedde genom en omfattande och detaljerad organisationskungörelse, som angav hur organisationen på lokalkontorsnivå skulle se ut och hur stort antal anställda som skulle finnas. Kassorna disponerade alltså under denna tid inga egna ekonomiska ramar.

År 1977 ändrades organisationskungörelsen, vilket gav kassorna större frihet att organisera sig. År 1982 kom rambudgeteringen, vilket innebar att kassastyrelserna åter fick ett starkare ekonomiskt ansvar. 1980-talet präglades också av insatser för att förenkla försäkringshandläggningen och komma bort från detaljstyrningen. Handböckerna togs bort, och istället kom Allmänna råd. Ärendehandläggning och beslut decentraliserades från RFV till centralkontoren och från centralkontoren ut till lokalkontoren. De förtroendevaldas inflytandet förstärktes. Pensionsdelegationerna togs bort. Istället kom socialförsäkringsnämnder. Denna inriktning fortsatte under 1990-talet då styrelsernas roll och ansvar preciserades. Genom 1998 års lagstiftning har kassastyrelserna fått det fulla ansvaret för verksamhet, ekonomi och personal.

## **Framtiden**

En obligatorisk sjukförsäkring diskuterades redan i slutet av 1800-talet. Det tog 50-60 år

---

---

*Kommer det att gå fortare i framtiden och vilka frågor kommer att präglade framtiden?*

---

---

innan den genomfördes 1955. Även en enhetlig socialförsäkringsorganisation aktualiserades i början av 1900-talet men genomfördes inte förrän 50 år senare. Det är långsamma processer när man skall genomföra stora förändringar. Kommer det att gå fortare i framtiden och vilka frågor kommer att präglade framtiden? Frågor om den försäkrade, försäkringen, IT, EU eller organisation?

Kommer IT:s möjligheter att medföra en ökad fokusering på service till den försäkrade eller en ökad centralisering och central styrning av såväl försäkring som kassor? En del talar idag om Försäkringskassan Sverige men vad menar man egentligen? Ökad styrning eller behov av ökad samsyn mellan kassorna?

Vi har fått en delvis likartad utveckling i Norden, den nordiska socialförsäkringsmodellen. Bli det en likartad modell även i Europa. Medlemskapet i EU kommer naturligtvis att påverka utvecklingen. Vi har redan sett förändringar som påverkats av EU-med-

lemskapet. Allteftersom integrationsprocessen rullar vidare inom EU så kommer även våra socialförsäkringar att ytterligare påverkas. Kommer vi om 50 år att tala om Försäkringskassan Europa?

Många talar om att i kunskaps- och IT-samhället måste allt gå mycket fortare. Det är säkert sant men inget kan gå fortare än att medborgarna kan hänga med. IT-processen kan inte gå fortare än kunskapsutvecklingen hos de, som skall använda tekniken. EU-integrationen går inte fortare än att människorna förstår fördelarna. Sannolikt får vi även fortsättningsvis fortsätta att leva i en process där vi sakta men säkert anpassar oss till nya förhållanden och nya krav!

#### REFERENSER

- Den svenska sjukförsäkringshistoria, Gösta Lindberg, Carl Bloms Boktryckeri AB Lund 1949.
- Så formades tryggheten, Rolf Broberg, Försäkringskassaförbundet, Stockholm 1973
- Sveriges ekonomiska historia, Lars Magnusson, ScandBook AB, Falun 1996
- Från Erkänd till Allmän, Försäkringskassan i Kristianstads län, Kristianstads Boktryckeri AB 1998