

Socialförsäkringens utveckling

Gösta Carlson

I denna artikel belyses hur socialförsäkringens tillkomst och utbyggnad har sin grund i en samhällsutveckling, där självhushållningens familjesolidaritet fick ersättas med klassolidaritet i det industrialiserade samhälle, ur vilket i sin tur en mer allmän samhällssolidaritet växte fram.

Artikeln visar också, hur försäkringskassan alltmer blivit centrum för socialförsäkringen och därmed för medborgarnas ekonomiska trygghet.

Gösta Carlson är direktör vid Göteborgs allmänna försäkringskassa och har under många år medverkat i centrala sammanhang under socialförsäkringens utbyggnadsperiod.

Sjukdom, invaliditet, ålderdom och arbetslöshet har alltid medfört ekonomiska påfrestningar för människorna. Att inte längre genom eget arbete kunna försörja sig har bland generationer av vårt folk upplevts som ett gissel. Ur den nöd som dessa situationer skapat har våra socialförsäkringar vuxit fram. Till en början var för sig, senare alltmer samordnade inom lagstiftningen.

Självhushållningens tid

I det gamla bonde- och hantverkssamhället producerades de varor man behövde i stor utsträckning inom familjen. Det ekonomiska systemet byggde på *självhushållning*. Produktionsenheten var familjen. Men produkten var primitiv och kunde i allmänhet inte ge mer än nödtorftig försörjning. Ibland räckte den inte ens till det. Svälten var vanlig. Men det fanns ändå i denna form av tillvaro ett mänskligt, humant drag så till vida, att

försörjningen oftast ordnades inom familjen för dess gamla, sjuka och invalidiserade medlemmar.

Självhushållningen som försörjningssystem tillsammans med det lilla men solidariska samhälle som familjen och oftast släktgemenskapen på boendeorten utgjorde, klarade om än under många gånger svåra förhållanden den värsta nöden. I självhushållningens system fick man också lösa trygghetsfrågorna själva.

Med tanke på dagens svårigheter att ge personer med nedsatt arbetsförmåga en meningsfylld sysselsättning inrymde däremot självhushållningssystemet med familjen som produktionsenhet oftast möjligheter att även ge personer med nedsatt arbetsförmåga någon arbetsuppgift. Tregenerationssystemet som sammanboendeform innebar också sysselsättning för den äldsta generationen.

Penninghushållning

I och med industrialismens gradvisa genombrott under senare delen av 1800-talet, med dess arbetsfördelning och specialisering inom produktionen, uppluckrades steg för steg familjen som produktionsenhet. I stället för självhushållning fick vi en *penninghushållning* — den enskilda människan medverkar som en liten del i en stor och invecklad produktionsapparat. Härför får hon lön och kan för den köpa de varor hon behöver.

Inflyttningen till industrisamhällena av de nya generationerna i de produktiva åldrarna uppluckrade inte endast sammanboendet i tregeneration utan familjen kom genom den tekniska utvecklingen och därav förändrade produktionsmetoder att berövas sin roll som produktionsenhet men också mycket av sin möjlighet som försörjningsenhet.

Penninghushållets konsekvenser

Det moderna, tekniskt industrialiserade samhället, med dess ständigt ökande krav på effektivitet, möjliggör en högre standard än vad det gamla samhället kunde ge. Priset härför är emellertid högt och blir kännbart för alla som genom arbetsförmåga eller av andra skäl ställas utanför produktionslivet och därmed berövas sina arbetsinkomster.

Arbetsförmågans centrala roll som grund för försörjning och standard kom att upplevas mycket starkt av alla dessa som genom sjukdom, invaliditet och ålderdom icke längre kunde försörja sig och sin familj. Sysselsättningens fluktuationer i det nya produktionssystemet anmälde också arbetslösheten som ett allvarligt hot mot försörjningsförmågan.

Ur dessa upplevelser och perspektiv fick idéerna om någon grad av trygghet vid sjukdom ökad livskraft bland de växande industriarbetarskara. De gamla skrå- och föreningssjukkassorna följdes av nybildade sjukkassor bland dessa skaror. Genom arbetets gemenskap blev tanken att de friska skulle hjälpa de sjuka ett naturligt solidaritetsuttryck med blygsamma sjukhjälsbelopp från arbetsplatskassorna som en praktisk form. Först en bit in på 1900-talet fick de gamla sjukkassorna ett mycket blygsamt samhälleligt stöd för sin verksamhet. Ett slags hjälp till självhjälp.

Socialförsäkringen växer fram

Det finns i det moderna samhällets krav på människornas produktionsförmåga ett inhumant drag, som vi måste använda vårt gemensamma instrument — samhället — för att rätta till. Detta sker genom socialpolitiken.

Fram till för fyrtio, femtio år sedan var fattigvården den praktiskt taget enda socialpolitiska verksamhet samhället bedrev. Kravet på en effektivare och värdigare trygghetsform för de människor, som hamnat i ekonomiska svårigheter på grund av sjukdom, invaliditet, ålderdom, familjeförsörjarens frånfalle eller på grund av arbetslösheten har steg för steg lett till uppbyggandet av det socialförsäkringssystem vi nu har.

Sjukförsäkringssystemet

Genom en år 1910 av riksdagen antagen sjukkas-selag kom s k registrerade sjukkassor att få visst mycket begränsat statsbidrag dels för utbetalning av dagersättningar dels också för sjukhjälp i form av vård på sjukhus, läkarvård jämte läkemedel. 1910 års lag reglerade verksamheten fram till 1931.

Genom 1931 års sjukkas-selagförordning tillkom de erkända sjukkassorna som genom förbättrade statsbidragsregler, men samtidigt ökad tillsyn fick förutsättningar att ytterligare bygga ut sjukförsäkringen.

Alltjämt förblev sjukkassetillhörigheten frivillig och möjligheten att bli medlem begränsades genom krav på god hälsa och viss maximiålder. Under lång tid var denna 40 år men utsträcktes omkring 50-talet till 55 år.

Trots aktivt rekryterings- och propagandaarbete omfattade de erkända sjukkassorna år 1954 endast omkring hälften av befolkningen över 15 år, varvid många av dem som stod utanför var sådana som fallit för ålderstreckets eller genom "dålig hälsa" inte kunnat beviljas inträde. Den genomsnittliga sjukpenningen var låg och kompensationsen för inkomstbortfall på grund av sjukdom mycket begränsad, då avgiften för den enskilde blev mycket betungande utan arbetsgivarbidrag och ett till 50 öre per sjukdag begränsat statsbidrag. Så var situationen då.

Lagen om allmän sjukförsäkring 1955

Den allmänna sjukförsäkringslagen grundade sig på en år 1946 antagen obligatorisk sjukförsäkring vars genomförande kom att uppskjutas dels på grund av att arbetet med kommunindelningsreformen inte fortgått i beräknad takt dels också på grund av att ekonomiska skäl nödvändiggjorde ett uppskov. Efter överarbetning av år 1946 antagen lag beslutades vid riksdagen 1953 om en allmän sjukförsäkring att träda i kraft 1 januari 1955. Riksdagen 1954 fattade vissa kompletteringsbeslut. Allmänna sjukförsäkringslagen innebar några viktiga och principiellt nya linjer inom verksamheten.

Sjukförsäkringen blev obligatorisk. Alla blev

försäkrade oavsett ålder och hälsotillstånd. Detta innebar att alla de som på grund av hälsoprövning eller åldersbegränsning fått stå utanför den frivilliga sjukförsäkringen nu kom att åtnjuta försäkringsskyddet. Sjukpenningförsäkringen utformades som en inkomstbortfallsförsäkring med en sjukpenning i relation till arbetsinkomsten, dock med begränsningar uppåt.

Yrkeskadeförsäkringen omformades i förhållande till sjukförsäkringen på så sätt att under en yrkesskadas första nittio dagar sjukförsäkringens ersättningsregler skulle gälla och yrkesskadan regleras inom sjukförsäkringens ram. En försäkringsmässig samordning alltså under de första nittio dagarna. Detta kom att eliminera många av de gränsdragningsproblem som tidigare funnits p g a olika ersättningsregler för skada i eller utom arbetet. Över nittio procent av yrkesskadefallen kom att slutregleras under denna samordningstid och antalet fall som överfördes till arbetsgivarens yrkeskadeförsäkringsbolag blev ytterst begränsat.

Som en följd av det ekonomiska ansvar som sjukförsäkringen avlastade arbetsgivarna infördes arbetsgivarbidrag till sjukförsäkringen.

Den allmänna sjukförsäkringen inrymde två försäkringsformer:

Sjukpenningförsäkring

Sjukvårdsförsäkring

SJUKPENNINGFÖRSÄKRINGENS UTVECKLING

Sjukpenningförsäkringens betydelse som en inkomstbortfallsförsäkring är beroende på:

Karenstiden

Kompensationsgraden

Sjukhjälpstidens längd

Karenstiden

Den allmänna sjukförsäkringen innebar ingen ändring av karenstiden. Alltjämt skulle de tre första dagarna av ett sjukdomsfall, insjuknandedagen inräknad, icke berättiga till någon sjukpenning.

För stora tjänstemannagrupper med avtalsreglerad sjuklön tillämpades över huvudtaget ingen ka-

renstid vid sjukdom och yrkesskada. Karenstidsfrågan kom att alltmera bli en jämlikhetsfråga mellan olika grupper av förvärvsarbetande. I samband med en omfattande förändring av sjukpenningförsäkringen fr o m 1 januari 1967 slopades begreppet karenstid och sjukpenning kom att utgå fr o m dagen efter insjuknandedagen. För korta sjukdomsfall (mindre än en vecka) infördes den s k fridagsregeln som innebar att sjukpenning icke fick utgå för arbetsfri dag. Sjukpenningen skulle dock icke falla bort för mer än två dagar.

Kompensationsgraden

Ehuru den obligatoriska sjukpenningen fr o m 1 januari 1955 utgjorde ett stort steg framåt i inkomstrygghet vid sjukdom fick försäkringen från början utformas med avsevärda begränsningar av ekonomiska skäl. Dels var den högsta sjukpenningen relativt låg dels skedde i de flesta sjukpenningklasser en viss reducering efter nittio dagar. Ju längre sjukdomstid — ju lägre kompensation. 1959 utsträcktes tiden innan reducering av sjukpenningen skulle ske till etthundraåttio dagar. Alltjämt gällde dock fram till 1962 att i en inkomstklass mellan 12—14 000 kr sjukpenningen utgjorde 18 kr under de första etthundraåttio dagarna och därefter 11 kr. Genom den stora sjukpenningreformen 1963 slopades sjukpenningreduceringen och sjukpenning kom att utgå med samma belopp under hela sjukhjälpstiden. Den till inkomsten anpassade sjukpenningsskalan tog emellertid hänsyn endast till inkomster upp till 21 000 kr och kompensationen för inkomstbortfall bedömdes utgöra ca 60 %.

Genom penningvärdets försämring kom alltför löntagares inkomster att passera det s k sjukpenningtak och vi fick en ny sjukpenningsskala 1967. Kompensationsgraden höjdes och beräknades utgöra 80 %.

Fram till 1973 hade sjukpenningförmånerna varit skattefria. Detta innebar att sjukpenninginkomst ej heller grundade rätt till s k ATP poäng. Gentemot vissa tjänstemannagrupper med avtalsreglerad sjuklön upplevdes detta som en orättvisa. Den ständigt pågående jämlikhetsdebatten löntagargrupper emellan inrymde detta rättvisekrav

liksom också kompensationsgraden. Tjänstemän i allmänhet hade ca 90 % kompensation vid sjukdom genom avtalsbestämmelser och de flesta löntagare ca 80 % genom socialförsäkringen. Med tidigare konstruktion av såväl sjukpenningförsäkring som skattesystem uppkom emellertid avsevärda variationer i kompensationsgraden. Betydande skillnader förekom såväl mellan sjukpenningklasserna som mellan deras högsta och lägsta skikt eftersom spännvidden maximalt var 3 000:—. Därtill kom att sjukpenning inte beräknades på inkomst över 39 000:—.

Utöver dessa orsaker till skillnader i kompensationsgrad förelåg ytterligare en. Bortfallet av skattepliktig inkomst under en sjukperiod på grund av den progressiva statsskatten ledde också till att den försäkrade vid den slutliga taxeringen genom återbäring på inbetald preliminärskatt indirekt erhöll en ytterligare kompensation. Den totala kompensationen sjukpenning — återbetald skatt uppgick därför i många fall till mer än 100 % av inkomstbortfallet. Den 1 januari 1974 trädde en sjukpenningreform i kraft som införde begreppet sjukpenninggrundande inkomst med en ca 90 % kompensationsgrad.

För att ständigt ligga så nära denna kompensation som möjligt slopades sjukpenningsskalan med sina alltför stora intervaller och sjukpenningen fastställdes mera exakt till 90 % av inkomsten. Genom att sjukpenningen samtidigt blev skattebelagd förhindrades spekulationer i inkomstprövade sociala förmåner samtidigt som huvudsyftet med reformen uppnåddes nämligen att sjukpenningen grundade framtida rätt till allmän tilläggspension.

Sjukhjälpstidens längd

I de erkända sjukförsäkringen var sjukhjälpstiden i allmänhet två år. Den obligatoriska sjukförsäkringen genomförande 1955 innebar ingen ändring härvidlag.

Genom sjukhjälpstidens begränsning till 730 dagar och genom att någon samordning inte fanns med den då gällande ordningen för rätt till invalidpension därefter, uppstod ofta det förhållandet att när en person var utförsäkrad från sjukpenningssystemet stod han utan någon socialförsäk-

ringsförmån. Han uppfyllde oftast inte de strängare kraven för rätt till invalidpension som då gällde. Den långvarigt sjuke föll så att säga mellan två stolar. Han fick inte sitta kvar på sjukpenningstolen för han var utförsäkrad och han fick inte sätta sig på pensionssystemets invalidstol för att han uppfyllde inte villkoren för att ta plats där. Här kommer den stora socialförsäkringsreformen 1963 in i bilden med lösningen av samordningsproblemen mellan sjukpenningförsäkring och invalidpension eller förtidspension som förmånen kom att heta fr o m 1963.

Sjukhjälpstiden blev fr o m detta år obegränsad vilket innebar att tvåårsbegränsningen upphörde. Den på grund av sjukdom dokumenterat arbetsoförmögne ägde därmed rätt till sjukpenning ända tills han blev ålderspensionerad eller dessförinnan uppfyllde villkoren för förtidspension. Beslutsfattandet i dessa frågor decentraliserades till försäkringskassorna som de ombildade allmänna sjukförsäkringskassorna då kom att heta.

Sjukdomsbegreppet begränsar sjukförsäkringsområdet

Sjukförsäkringen är en väsentlig del av den allmänna försäkringen uppgifter men sjukförsäkringen ersättningsområden begränsas genom vad begreppet sjuk eller sjukdom innebär. Det kan i vissa fall vara svårt att med bestämdhet avgöra vad som är sjukdom. I förarbetet till lagstiftningen har begreppet definierats: "såsom sjukdom torde kunna betecknas varje onormalt kropps- eller själstillstånd som ej sammanhänger med den normala livsprocessen."

I samma förarbeten sägs också att man bör hålla sig till vad som enligt vanligt språkbruk och läkarvetenskaplig uppfattning är att anse som sjukdom. Ytligt sett synes denna definition enkel. Men då denna skall överföras i en diagnos som utgör den medicinska grunden till arbetsoförmåga blir frågan inte lika enkel.

När läkaren utfärdar läkarintyg till allmän försäkringskassa om försäkrads arbetsoförmåga ger han samtidigt sin uppfattning om den försäkrades rätt till sjukpenning. Han måste därför ta ställning till dels om den försäkrade lider av SJUKDOM

och dels om SJUKDOMEN hindrar den försäkrade att utföra sitt VANLIGA ARBETE.

Försäkringskassan är medveten om läkarnas svårigheter vid utfärdande av läkarintyg i gränfallen. Ofta är läkaren i behov av vissa uppgifter om den försäkrade, det kan gälla både sociala och medicinska uppgifter, som han inte får eller kan få av den försäkrade. Försäkringskassan har ofta sådana uppgifter och är naturligtvis positiv till samarbete i sådana frågor där det kan anses vara av värde för läkarens bedömning av patienten. Kontakt kan tas antingen med kassans förtroendeläkare eller med de tjänstemän som sysslar med försäkringsbedömningen.

Försäkringskassan har skyldighet att följa upp långa sjukdomsfall

Ett viktigt arbete inom försäkringskassorna är att uppsåra sjukfall, som genom insättande av rehabiliteringsåtgärder av skilda slag kan förkortas. Av denna anledning blir alla fall, som varat 90 dagar i följd eller sammanlagt minst 90 dagar i olika perioder av samma sjukdom, föremål för en särskild granskning. Syftet med denna granskning och åtföljande försök till rehabilitering är i vidsträckt mening att återställa den fysiska och psykiska funktionsförmågan och att övervinna kvarstående invaliditet för att återföra den försäkrade till en oberoende eller självförsörjande ställning i samhället. Denna granskning grundar sig på bestämmelser i lagen om allmän försäkring 4 kap. § 2.

I första hand sker en bedömning på tjänstemannaplanet. Då någon rehabiliteringsåtgärd därvid förefaller erforderlig, föredras ärendet för kassans förtroendeläkare, vilken som regel alltid kontaktar den vårdande läkaren. Dessa kontakter mellan förtroendeläkare och behandlande läkare är av utomordentlig betydelse, då båda i allmänhet har värdefulla synpunkter att delge varandra. Dessa kontakter kan resultera i att den sjukskrivne remitteras till specialist eller rehabiliteringsklinik för vidare medicinsk utredning. Om denna utredning visar att arbetsvårdande åtgärder bör vidtas remitteras den försäkrade till länsarbetsnämnden för yrkesbetonad rehabilitering.

Av stort värde för att nå det med rehabiliteringsåtgärder avsedda målet, är att dessa övervägs och utföres på ett så tidigt stadium som möjligt.

Av stort värde för att nå det med rehabiliteringsåtgärder avsedda målet, är att dessa övervägs och utföres på ett så tidigt stadium som möjligt.

Sjukfall av socialmedicinsk art

I utredningen för försäkringsbedömning framkommer inte sällan sjukfall av s k socialmedicinsk art. Genom kontakterna mellan den vårdande läkaren och förtroendeläkaren, men stundom också i kassans socialutredningar, framkommer ofta att grunden till sjukdomen ligger i sociala problem.

För en rätt bedömning av sjukdomen, arbetsförmågan och därav erforderliga åtgärder måste varje läkare i sin patientvårdande verksamhet ta hänsyn till de olika omständigheterna i patientens omgivning.

Socialarbete och sjukvård har därför en rad kontaktytor. Från båda håll önskar man kontakt med expertis från den andra sektorn, ibland företrädande en specialiserad verksamhet, ibland företrädande en helhetssyn.

Genom att vi har en obligatorisk socialförsäkring blir varje patient en av socialförsäkringen skyddad patient. Läkarens medicinska omvårdnad — och samhällets omsorgstanke stämmer möte genom patienten — den försäkrade. Här ligger samarbetsbehovet läkare—försäkringskassa som en viktig del i det socialmedicinska arbetet.

Pensionsreformen 1963 säkrar tryggheten för de långvarigt sjuka

Folkpensioneringens omdaning den 1 januari 1963 fick en alldeles särskild betydelse för dom som drabbats av invaliditet eller långvarig sjukdom. Grunden var sjukpenningreformen från samma tid som innebar obegränsad sjukhjälpstid. Om sjukdomstillståndet för en långvarigt sjuk bedömdes bestående skulle på grund av varaktigheten

sjukpenningen utbytas mot s k förtidspension. Graden av arbetsoförmåga på grund av medicinska skäl samt varaktigheten fick ligga till grund för prövningen som i varje försäkringskassa skulle ske genom en i särskild ordning tillsatt pensionsdelegation. Rätten till förtidspension blev genom reformen avsevärt uppmjukad och genom den samtidigt genomförda ATP-pensionen kunde förtidspensionen bli av betydande storlek.

Detta att man i varje försäkringskassa själva kunde fatta pensionsbeslut innebär en avsevärd decentralisering av pensioneringens administration och utgjorde ett viktigt led i den administrativa filosofi som går ut på att avgörandet skall ligga så nära människan som möjligt.

Inrättandet av pensionsdelegationerna innebar att beslutsfattandet icke fick ske på tjänstemannaplanet. Delegationernas sammansättning av folkvalda och medicinskt sakkunniga ökade förutsättningarna för en allsidig prövning, grundad på tjänstemannautredningar. Pensionsdelegationernas verksamhet har slagit utomordentligt väl ut.

Vidgad rätt till förtidspension för äldre arbetskraft

Erfarenheten av den omfattande mängden förtidspensionsärenden och arbetsmarknadsutvecklingen har gemensamt riktat uppmärksamheten på svårigheten att vidmakthålla kravet på arbetsoförmåga grundat på enbart medicinska skäl. Detta gällde i särskild grad de äldre förvärvsarbetande som genom rationaliseringar och driftsnedläggningar inte kunde erhålla arbeten.

Från 1970 uppmjukades därför bestämmelserna om rätt till förtidspension på det sättet att för äldre förvärvsarbetande, i åldern 63—66 år gällde bedömningen främst möjligheten att få fortsatt inkomst genom sådant arbete som han tidigare utfört eller genom annat för honom tillgängligt och lämpligt arbete.

Möjligheten till förtidspension vidgades ytterligare 1972 varigenom äldre förvärvsarbetande, i åldern 60—66 år, kan erhålla förtidspension på rent arbetsmarknadsmässiga grunder utan någon särskild medicinsk prövning. Som villkor härför gäller att den pensionssökande är varaktigt arbets-

lös och att han antingen såsom medlem i erkänd arbetslöshetskassa uppburit ersättning från sådan kassa under den längsta tid ersättning kan utgå eller att han uppburit kontant arbetsmarknadsstöd under 450 dagar.

Basbeloppet och dess ställning i vårt sociala försäkringssystem

Alltfler av våra sociala förmåner uträknas till sitt belopp i procent av det s k basbeloppet. Hela systemet för den allmänna tilläggspensioneringen har basbeloppet som grund och också de pensionspoäng vars antal är direkt avgörande för tilläggspensionens storlek framräknas genom basbeloppet.

Det bör kanske därför nämnas något om hur detta belopp räknas fram och dess betydelse för värdesäkring av olika sociala förmåner.

Basbeloppets konstruktion

Basbeloppet har sin grund i ett för september 1957 fastställt ingångsbelopp 4 000 kr. Detta belopp korresponderar med ett vid samma tillfälle fastställt konsumentprisindex som då utgjorde 146,12. Konsumentprisindex återspeglar det vid varje tillfälle då index uträknas statistiskt fastställda prisläget.

Det ankommer på Statistiska Centralbyrån (SCB) att verkställa beräkningen av förhållandet mellan det allmänna prisläget under varje månad och prisläget utgångsåret 1957. Basbeloppet fastställs av regeringen för varje månad och utgör fyratusen kronor multiplicerat med det tal som konsumentprisindex fastställs till tid efter annan. Basbeloppets förändring återspeglar alltså prislägets förändring och varje social förmån som har en fastställd relation till basbeloppet blir härigenom värdesäkrad och representerar vid varje tillfälle, då det utbetalas, samma köpvärde.

Basbeloppet utgjorde i januari 1960 4 200 kr och april 1974 8 500 kr. Beloppet har sålunda mer än fördubblats under denna tid. I februari 1976 utgör basbeloppet 9 700. Här följer några exempel på förmåner som till sin storlek är knutna till procenttal av basbeloppet.

Förmån	% av basbeloppet
Förtidspension från folkpensioneringen	95 %
Handikappersättning	
beroende på hjälpbehovets omfattning och	60 %
merutgifternas storlek	45 %
	30 %
Alderspension från folkpensioneringen	
" ensam pensionär	95 %
" två makar, till var och en	77,5 %

Sjukpenningens storlek beror på den sjukpenninggrundande inkomsten (SGI). Hel sjukpenning per dag utgör 90 % av den sjukpenninggrundande inkomsten. Den högsta sjukpenninggrundande inkomsten är 7,5 gånger det basbelopp som gäller i januari varje år. Sålunda är den högsta sjukpenninggrundande inkomsten för 1976 ($7,5 \times 9\,700$) 72 700. Den högsta sjukpenning som följaktligen kan utbetalas under 1976 är 179 kr per dag.

$$\frac{90 \times 72\,700 \times 1}{100 \times 365} = 179$$

Datatekniken alltmer in i socialförsäkringen

Redan 1967 tillsattes den sk Rafa-utredningen. (RAFA står för rationalisering allmänna försäkringens administration.) Utredningen har bedrivits i samverkan mellan Riksförsäkringsverket, Statskontoret, försäkringskassorna och de anställdas fackliga organisationer. Utredningen har haft som uppgift att undersöka ADB-teknikens användning inom försäkringskassorna. Dessa har gått in och medverkat i detta rationaliseringsarbete i medvetande om att de allt större administrationskostnaderna som följer på vidgade och nya arbetsuppgifter kräver en rationell organisation bl a med de hjälpmedel som datatekniken alltmer utvecklar.

Riksförsäkringsverket har under hand byggt ut sin dataanläggning i Sundsvall till landets största dataanläggning och därifrån sker genom verkets Tekniska Byrå utbetalning av pensioner och barnbidrag.

Som ett av de hittills mest påtagliga resultaten av samverkan mellan Riksförsäkringsverket och försäkringskassorna inom datatekniken kunde den

beskattade sjukpenningen administrativt genomföras fr o m 1 januari 1974 vilket bl a innebar att över tio miljoner sjukpenningutbetalningar med avdrag för skatt kunde matas in under året och mer än 2 miljoner *kontrolluppgifter* automatiskt skrivas ut, vilka samtidigt lägges till grund för framtida pensionspoäng och därmed tilläggspension. Arbetet med att utnyttja datatekniken för alltfler arbetsuppgifter fortsätter, men inrymmer många tekniska problem och ställer stora krav på system och programmering för Riksförsäkringsverket som har ansvar för detta komplicerade utvecklingsarbete.

Alltfler bildskärmsterminaler installeras nu på försäkringskassorna och 1977 räknar man bl a med att försäkringskassornas manuella försäkringsregister i sin helhet ska kunna ersättas med en central sjukförsäkringsdatabas på samma sätt som utvecklats för pensionssystemet.

De medverkande i Rafautredningen har varit helt överens om att vid registrering av sjukfall, datasystemet inte skall inrymma någon form av diagnosregistrering. Genom det på försäkringskassorna förvarade grundmaterialet skall vid behov uppgifter kunna framtagas för forsknings- och statistikändamål. Datatekniken underlättar urvals- och sammanställningsarbetet.

Tystnadsplikt och rättssäkerhet

Medborgarnas trygghetsfrågor kanaliseras handläggningsmässigt alltmer till försäkringskassorna. Alltmer av samhällets produktionsresultat avsättes för dessa trygghetsfrågor. I alltfler sammanhang får försäkringskassorna fatta beslut som för den enskilde medborgaren har en väsentlig betydelse för hans ekonomi.

Grundvalen för sådana beslut inrymmer uppgifter om den enskildes personliga förhållanden som är nödvändiga för beslutsfattandet.

Tystnadsplikten för kassornas tjänstemän och övriga beslutsfattare är den förpliktande grundval på vilka de personliga uppgifterna vilar.

Rättssäkerheten i trygghetsavgörandena är en trygghetsfråga i sig. Förvaltningslagens förpliktande kommunikeringskrav och framhållandet av den möjlighet besvärsrätten inrymmer till pröv-

ning av varje av kassan fattat beslut ingår som en hörnsten i rättssäkerhetens uppbyggnad inom vår verksamhet.

Socialförsäkringen har ett stort informationsansvar

Socialförsäkringens utbyggnad har skett i ökande takt. Nya förmåner och förbättringar av befintliga skapar ett mycket stort informationsbehov. Människan står i centrum för de många riksdagsbesluten och för Riksförsäkringsverkets och försäkringskassornas ökade arbete. Av detta följer ett stort informationsansvar.

I varje förmån som riksdagen antagit ligger en värdering om förmånens betydelse för den enskilde. Detta måste komma till medborgarnas kännedom dels för att öka trygghetsmedvetandet, dels för att förebygga rättsförluster. I ett system som inte längre bygger på direkt avgiftsbetalning som det tidigare sjukkassessystemet gjorde, är det också viktigt för medborgarna att veta att kostnaden måste någonstans tas ifrån. Antingen att finansieringen sker via arbetsgivareavgiften eller via skatteinpolitiken.

Genom försäkringskassornas gemensamma organ Försäkringskasseförbundet har i intim samverkan med Riksförsäkringsverket stora satsningar gjorts för att föra ut kännedomen om socialförsäkringen och om nya reformer och arbetsuppgifter. Vissa av dessa informationskampanjer har föregåtts av sociologiska undersökningar som i koncentrat har gått ut på att socialförsäkringen vill veta av den enskilde vad denne vet om socialförsäkringen.

Försäkringskassan — alltmör centrum för säkrad trygghet

1955 blev sjukkassorna obligatoriska. 1963 tillfördes sjukkassorna arbetsuppgifter med folk- och tilläggspension och kom att kallas försäkringskassor i stället. 1974 överfördes barnbidragen till kassorna. Från 1 januari 1974 medverkar kassorna vid utbetalning av kontant arbetsmarknadsstöd och från 1 oktober 1973 administrerar kassorna

tandvårdsförsäkring. I januari 1976 medverkar kassorna i frågor rörande utbildningsstöd. Från 1 juli 1976 förs delpension ut till allmänheten genom försäkringskassan och 1 oktober 1977 överföres administrationen av bidragsförskotten från kommunerna till försäkringskassorna och viss samordning sker med de allmänna barnbidragen. Vid årsskiftet utkom betänkandet om fem veckors semester som också innehöll förslag om socialförsäkringens medverkan vid fondering och utbetalning av ersättning för sådan frånvaro som enligt semesterutredningen icke skall utgivas av arbetsgivaren men är semesterberättigad frånvaro.

Bruk och missbruk

I särskild artikel belyses sjuklighetens utveckling såsom den statistiskt kommer fram genom utbetalad sjukpenning och förtidspension. Av vår privata konsumtion kommer 22 kr av varje hundralapp från socialförsäkringen. Detta visar i koncentrat den roll i samhällsekonomin som socialförsäkringen spelar. Men den visar också hur fast grundad socialförsäkringen är i människans tillvaro.

Med bruket av våra socialförsäkringsförmåner följer också diskussionerna om missbruket. Var går gränsen mellan bruk och missbruk? Försäkringsförmånerna är knutna till individen och det är utifrån dennes sjukdomsupplevelser som text sjukpenningsanspråken ställts. Vilken sjukdomsupplevelse är den som samhället objektivt skall acceptera och vilken sjukdomsupplevelse kan hänföras till spekulation eller missbruk. Vilket mått skall vi mäta med och med vad skall vi jämföra. Vad betyder de stora samhällena, de stora arbetsplatserna, de stora hyreskasernerna, de långa kommunikationsvägarna. Ligger det något sjukt i samhället självt. Blir samhället sjukare ju större det är och arbetsplatsens sociala hälsotillstånd sämre ju större arbetsplatsen är?

I vilken grad samverkar eventuella problem i de ställda frågorna med avvägningar om karenstid och kompensationsgrad för att nu ställa ännu en fråga.