



LUND UNIVERSITY

Gustav Möller och sjukförsäkringen

om modeller för obligatorisk sjukförsäkring i Sverige 1910-1955

Edebalk, Per Gunnar

1989

Document Version:

Förlagets slutgiltiga version

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Edebalk, P. G. (1989). *Gustav Möller och sjukförsäkringen: om modeller för obligatorisk sjukförsäkring i Sverige 1910-1955*. (Meddelanden från Socialhögskolan; Vol. 1989, Nr 4), (Research Reports in Social Work; Vol. 1989, Nr 4). Socialhögskolan, Lunds universitet.

Total number of authors:

1

General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

MEDDELANDEN FRÅN SOCIALHÖG- SKOLAN



**GUSTAV MÖLLER OCH
SJUKFÖRSÄKRINGEN**

Per Gunnar Edebalk

1989:4

GUSTAV MÖLLER OCH SJUKFÖRSÄKRINGEN.

OM MODELLER FÖR OBLIGATORISK SJUKFÖRSÄKRING

I SVERIGE 1910-1955

**PER GUNNAR EDEBALK
SOCIALHÖGSKOLAN
LUNDS UNIVERSITET**

Innehållsförteckning

	sid
Förord	2
1. Inledning	3
1.1. Syfte	3
1.2. Modellbegreppet	4
2. Sjukförsäkringsmodeller före deflationskrisen	6
2.1. Sjukförsäkringsörelsen	6
2.2. Obligatoriefrågan 1910-16	8
2.3. Socialförsäkringskommittén	12
2.4. 1910-talets sjukförsäkringssyn	14
3. Mellankrigsperioden	16
3.1. 1920-talet	16
3.2. 1931 års modell	17
3.3. Kort summering	18
4. Socialvårdskommittén	19
4.1. Bakgrund	19
4.2. Modellen	19
4.3. Kopplingen bakåt	21
4.4. Beveridge och socialvårdskommittén	23
5. 1946 års riksdagsbeslut	26
5.1. Möllers modell	26
5.2. Möller och Beveridge	29
5.3. Acceptorandet 1945-46	30
6. Den omöjliga modellen 1947-51	32
6.1. Brytningen	32
6.2. De ekonomiska förutsättningarna	32
6.3. Viktiga aktörsgrupper	34
6.4. Ny utredning	37
7. Socialförsäkringsutredningen	38
7.1. Modellen	38
7.2. Om den fortsatta utvecklingen	39
8. Avslutning	41
Notförteckning	46
Referenser	50

Förord

Under senare år har man kunnat förmärka ett växande intresse för Gustav Möller och hans socialpolitiska synsätt och insatser. Ingen som är intresserad av den svenska socialpolitikens utveckling kan förbigå den legendariske f d socialministern.

Vi skall i denna rapport närma oss Möller genom att studera den sjukförsäkringsreform som beslutades 1946 och som påtagligt bär Möllers signatur. För att se det säregna i denna reform, som f ö inte kom att träda i kraft, skall vi kontrastera Möllers sjukförsäkringsmodell med andra modeller som varit aktuella i Sverige.

För diskussioner, kommentarer och upplysningar vill jag rikta ett varmt tack till Åke Elmér, Ove Mallander, Per Nyström, Gunnar Olofsson, Jan Petersson och Eskil Wadensjö. Ett hjärtligt tack riktas också till Gertie Gröndahl som svarat för utskriften.

Rapporten ventilerades på ett seminarium med den av Robert Erikson och Walter Korpi ledda arbetsgruppen kring social forskning m m på Skytteholm i oktober 1989. Till seminariedeltagarna vill jag också framföra ett stort tack.

Lund i november 1989

Per Gunnar Edebalk

1. Inledning

1.1. Syfte

Den 1 januari 1955 trädde en av de största svenska socialförsäkringsreformererna i kraft. Sverige fick då en obligatorisk sjukförsäkring som i princip omfattade hela befolkningen. Jämfört med den tidigare existerande statssubventionerade sjukförsäkringen åstadkoms en utökning av personkrets och förstärkning av förmåner. Reformen, som också innehöll en ny yrkesskadeförsäkring, förde Sverige ett stort steg in i vad som brukar kallas "Välfärdsstaten".

Statsmakterna hade stött den frivilliga sjukkasserörelsen sedan 1891. Redan då fanns det, av de tyska arbetarförsäkringarna inspirerade, idéer kring möjligheten av obligatorisk sjukförsäkring också i Sverige. Den första offentligt föreslagna modellen för en sådan presenterades emellertid först 1910. Härefter har fyra andra modeller varit aktuella: 1919, 1944, 1946 samt den modell som förverkligades 1955.

Syftet med denna uppsats är att redogöra för de olika sjukförsäkringsmodellerna och sammanhangen dem emellan. Genom en jämförelse mellan modellerna söker vi visa att det utvecklades ett svenskt "modelltänkande". Det växte fram ur den svenska samhällsutvecklingen och kan bl a hänföras till starka intressen som formats kring den sociala sjukförsäkringen. Då det gäller en utveckling som omfattar ungefärligen ett halvt århundrade ligger givetvis de bakomliggande determinanterna i den specifikt svenska samhällsekonomiska och den politiska utvecklingen. Dessa determinanter tas för kända och ligger implicita i de fortsatta resonemangen.

Uppsatsens titel "Gustav Möller och socialförsäkringen" kan synas missvisande. Gustav Möller var en ledande och kraftfull socialpolitisk reformator. Han försökte i den svenska efterkrigsmiljön, under perioden 1945-51, införa en modell som på viktiga punkter avvek från det svenska "modelltänkandet". Genom att fokusera intresset på denna modell, detta år 1946 års, kan vi tydligare se sammanhangen mellan de övriga.

1.2. Modellbegreppet

Ovan har använts begreppet sjukförsäkringsmodell. Med "modell" avses här huvuddragen i en verklig eller föreslagen social sjukförsäkring. Ett synonymt begrepp torde vara "design". Huvuddragen kan beskrivas i termer av sex komponenter:

1. Anslutning. Anslutningen till en social sjukförsäkring kan vara frivillig eller obligatorisk. En obligatorisk anslutning kan avse hela befolkningen eller vissa utsatta grupper. I det senare fallet har en obligatorisk försäkring normalt varit avsedd för industriarbetare. De första arrangemangen i Bismarcks Tyskland på 1880-talet var just "arbetarförsäkringar" och detta uttryck användes i Sverige fram till omkring 1910 som en benämning på socialförsäkringar.

2. Prestationer. Den normala prestationen eller förmånen är sjukpenningen. Härutöver kan sjukförsäkringen ge ersättning för läkemedel, läkarbesök och sjukhusvård. Sjukpenning och sjukvård är givetvis huvudprestationerna. Andra prestationer som kan förekomma är exempelvis moderskapspenning och begravningshjälp.

3. Ersättningsprincip. Sjukpenningen kan utgå enligt minimistandard eller inkomstbortfallsprincipen. I det senare fallet ersätter försäkringen (del av) den förlorade inkomsten. Det finns alltså två principiellt sett olika synsätt vad gäller ersättningen och dessa synsätt sammanhänger med själva målsättningen med sjukförsäkringen (eller socialförsäkring i allmänhet). Enligt minimistandardprincipen skall staten garantera ett existensminimum för de försäkrade; härutöver får individerna själva genom egna lösningar ta ansvar för sin försörjning. Med inkomstbortfallsprincipen åsyftas att de försäkrade i stort sett skall kunna bibehålla den tidigare standarden för att bl a undvika en kanske drastisk sänkning av konsumtionsmöjligheterna vid sjukdom.

4. Finansiering. Huvudsakligen tre finansieringskällor står till buds nämligen avgifter från de försäkrade (egenavgifter), arbetsgivaravgifter samt skatter. I en obligatorisk försäkring får avgifter karaktär av skatt och användandet av skatter i sig blir normalt fördelningsmässigt motiverat. Skatteandelen i finansieringen sammanhänger bl a med huruvida

ersättning utgår enligt minimistandard- eller inkomstbortfallsprincipen. Med en minimistandardprincip kan en förhållandevis stor del av (eller rent av hela) ersättningen skattefinansieras. Användandet av inkomstbortfallsprincipen i en obligatorisk försäkring är emellertid svår att kombinera med en större grad av skattefinansiering eftersom ett skattesystem normalt har till att utjämna inkomster. I en frivillig försäkring däremot ter det sig mer rimligt med en viss skattefinansiering eftersom denna då bl a har till syfte att främja anslutningen.

Avgifter kan vara riskdifferentierade eller ej. Inom exempelvis yrkesskadeförsäkring har det varit vanligt med riskdifferentierade avgifter bl a eftersom detta har ansetts ge företagen incitament att förbättra arbetsmiljön och därigenom minska arbetsskadefrekvensen. I dagens svenska arbetsskadeförsäkring är emellertid avgifterna ej riskrelaterade. Inom den obligatoriska sjukförsäkringen såväl i Sverige som utomlands, har man normalt använt avgifter som inte är riskdifferentierade. Fördelnings-effekten härav gynnar dem med hög sjuklighet något som ofta ses som positivt i en social sjukförsäkring. Sådana avgifter är administrativt enkla.

5. Samordning. Sjukförsäkringen kan vara mer eller mindre samordnad med övriga socialförsäkringsgrenar. Principiellt intressant är samordningen med arbetsskadeförsäkringen (yrkesskadeförsäkringen). Här finns två olika synsätt. Det första är att försäkringarna skall vara åtskilda. Motivet är främst att arbetsskadeförsäkringen helt och hållet bör finansieras genom arbetsgivaravgifter och att dessa bör vara riskdifferentierade (se ovan). Enligt det andra synsättet bör försäkringarna vara samordnade under en viss period, säg tre månader, så att sjukförsäkringen svarar för de korta arbetsskadefallen. Den övervägande delen arbetsskador är av kort varaktighet. Man kan då undvika den problematik som hänger samman med att klargöra om en skada eller sjukdom verkligen beror på arbetsplatsförhållanden. Detta kan vara till stor fördel för den enskilde men innebär också en administrativ förenkling.

6. Administration. Det finns i princip olika möjliga administrativa lösningar. I här aktuella svenska sjukförsäkringsmodeller har man utgått från att lokala självförvaltande sjukkassor skulle svara för administrationen.

2. Sjukförsäkringsmodeller före deflationskrisen

2.1. Sjukkasserörelsen

Sjukkasserörelsens uppkomst kan sägas vara en följd av urbaniseringen och inom gillen och skrån utvecklades redan på medeltiden någon form av sjukkasseverksamhet.¹⁾ Fram till bildandet av den första öppna sjukkassan i Sverige 1761 hade medlemskap i sjukkassor varit begränsat till vissa yrkesområden, arbetsplatser o dyl. Kvantitativt var den svenska sjukkasserörelsens utveckling svag fram till mitten av 1800-talet. En snabb tillväxt sker under 1800-talets tre sista decennier: bruks- och fabrikskassor bildas, inom de framväxande folkrörelserna (fackföreningsrörelsen, nykterhetsrörelsen och frikyrkorörelsen) upprättas sjukkassor och inte minst startas öppna sjukkassor, ofta i hägnet av de s k arbetarföreningarna. Vid mitten av 1880-talet fanns 956 sjukkassor med sammanlagt något över 120 000 medlemmar.²⁾

Efter S. A. Hedins riksdagsmotion 1884 hade den s k arbetareförsäkringskommittén tillsatts.³⁾ Kommittén som skulle utreda ålderdomsförsäkring och olycksfallsförsäkring, behandlade emellertid också frågan om sjukförsäkring. Ett förslag till sjukkasselag lämnades år 1889 vilket resulterade i 1891 års sjukkasselag.⁴⁾

Det allmänna syftet med 1891 års sjukkasselag var att stimulera sjukkasserörelsens utveckling. Medlet var ett förvaltningsbidrag till kassor som lät registrera sig och därmed fick underkasta sig vissa bestämmelser rörande stadgar, styrelse m m. Statsbidraget höjdes 1897 och 1899.⁵⁾

Statsbidraget verkade endast i mindre utsträckning positivt för kassa-registrerandet. Höjningarna 1897 och 1899 gav emellertid en kraftfull stimulans. 1910 fanns 2.426 registrerade sjukkassor med 632.000 medlemmar.⁶⁾

Under utvecklingen skedde strukturella förändringar inom sjukkasserörelsen. Bl a tillkom rikskassor, den första "öppna" bildades inom nykterhetsrörelsen på 1890-talet. Tillkomsten av rikskassor skall ses mot bakgrund av att små kassor hade en dålig riskspridning, ofta svag ekonomisk grundval och följaktligen ofta en kort livslängd. Större landsomfat-

tande kassor kunde få en stabilare ekonomisk grund och inte minst kunde sjukkasserörelsens utveckling till nya platser och grupper (främst landsbygdsbefolkningen) underlättas. Vid slutet av år 1910 fanns ca 160 000 medlemmar i rikssjukkassorna.⁷⁾

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.⁸⁾

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) Sjukassorna hade normalt en maximiålder för inträde (för att minska problem med ofördelaktigt urval).⁹⁾ Då en kassa upphörde med sin verksamhet kunde det vara omöjligt för äldre medlemmar att få inträde i annan kassa.

4) Ersättningsbelopp och ersättningstider var otillräckliga. De svaga ekonomiska grundvalarna visade sig också genom 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.¹⁰⁾ 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 sjukkasserörelsen. Det mest framträdande exemplet är bildandet av Sveriges allmänna sjukkasseförbund. Förbundet bildades efter en konferens 1905 och skulle svara för samverkan

mellan kassorna och för bevakningen av rörelsens intressen gentemot statsmakterna. Tidigt tog man avstånd från obligatorisk sjukförsäkring och krävde förbättrade statsbidrag. Genom förbundets agerande tillsattes en utredning som resulterade i en proposition och ett beslut vid 1910 års riksdag.¹¹⁾

Enligt 1910 års sjukkasselag skulle fortfarande kassabildandet vara fritt och anslutningen till sjukkassa 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 sjukkassa ha minst 100 medlemmar.

Under den övergångstid som fastställdes (t o m 1915) skedde markanta förändringar inom sjukkasserörelsens struktur, till stor del beroende på den nya lagen. Denna var ju bl a riktad mot små kassor. Genom nedläggningar, ombildningar och sammanslagningar ungefärligen halverades mängden kassor och antalet medlemmar per kassa ökade markant.

2.2. Obligatoriefrågan 1910-16

Ett av de stora problemen med den frivilliga försäkringsmodellen var dess ringa anslutning. Före 1910 års riksdagsbehandling förekom emellertid inte i den offentliga debatten några förslag till obligatorisk sjukförsäkring bortsett från en motion till 1907 års sjukkassekonferens.¹²⁾ Utan diskussion avslogs motionen och konferensen gjorde ett utlåtande om att den av regeringen planerade reformen inte borde uppskjutas i avvaktan på en lag om tvångsförsäkring. Obligatoriefrågan behandlades också i regeringspropositionen. Statsrådet (civilminister Hamilton) medger att han i princip föredrar en obligatorisk försäkring och att en sådan är slutmålet. Men, tillägger han, ett utvecklat frivilligt sjukkas-seväsen är till gagn för en eventuelle obligatorielösning.

Mer intressant än civilministerns medgivande är en motion av social-liberal färg som hade företagaren och sjukkassemannen Gibson som första namn.¹³⁾ I motionen ges ett relativt väl genomtänkt och fylligt förslag till en obligatorisk sjukförsäkring. Den är vår första obligatoriemodell. 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.

Samordning är alltså en självklarhet i Gibsons modell. 1901 hade riksdagen antagit en lag om arbetsgivares ersättningsskyldighet vid olycksfall i arbetet. Denna ersättningsskyldighet inträdde efter en karenstid på 60 dagar. Gibson menade i sin motion 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 i princip 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 framlägga 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.¹⁴⁾ Bl a Schotte, civilminister i den Staafska ministären, berömde förslaget under riksdagsdebatten. Men, menade han, det är ett samhällsintresse att utveckla och enhetliggöra sjukkasserörelsen. Då detta steg tagits är man på fastare mark vid vandrigen mot den obligatoriska försäkringen. Det utskott, dit motionen remitterats, yttrade sig på följande sätt: "Ålderdoms- och invaliditets- samt moderskapsförsäkring äro under utredning och spørsmålet om gällande lags om olycksfallsärsättning utbytande mot obligatorisk olycksfallsförsäkring är föremål för myndigheternas och statsmakternas ständiga uppmärksamhet. I mån som dessa socialförsäkringsuppgifter nalkas sin lösning skall säkerligen också frågan om sjukförsäkringstvänet skrida framåt, och, om ej förr, skall den, sedan en eller flera av berörda uppgifter ordnats, stå inför sitt definitiva avgörande".¹⁵⁾

Sammanfattningsvis innebar statsmakternas socialförsäkringsstrategi 1910, i den mån den hade någon mer medveten prägel, att först skulle pensions- och olycksfallsförsäkringarna införas. Härefter kom turen till den obligatoriska sjukförsäkringen. Då borde vissa effekter av 1910 års beslut ha visat sig nämligen att sjukkassorna, den blivande administrativa basen, sanerats och reformerats.

Utvecklingen gick också, i stort sett, i förväntad riktning. Sjukkas-serörelsen sanerades 1911-15, antalet kassor ungefärligen halverades och antalet medlemmar per kassa ökade markant. 1913 infördes den allmänna pensionsförsäkringen (ålderdoms- och invaliditetsförsäkring). Särskilt intressant med denna är att den blev en "allmän folkförsäkring", den första i världen. 1916 ersattes lagen om arbetsgivares ersättningsplikt vid olycksfall med en olycksfallsförsäkring finansierad av arbetsgivaravgifter. Det sades uttryckligen i propositionen att frågan om karenstid inom olycksfallsförsäkringen får lösas provisoriskt under "de få år" som återstår tills en definitiv lösning är nådd för sjukförsäkringen.¹⁶⁾

Sjukkasfeförbundet hade opponerat sig mot ett obligatorium 1907 och mot Gibsons motion 1910. Strax härefter sker en omsvängning inom organisationen. Den förordar en obligatorisk sjukförsäkring. Vid exempelvis Sveriges registrerade sjukkassors konferens 1913 höll sjukkasseeinspektören Theofil Andersson ett uppmärksammat föredrag om fördelarna med

och önskvärd konstruktion av en obligatorisk sjukförsäkring. I allt väsentligt överensstämmer denna med Gibsons motion och Andersson menade bl a att man måste ha ett system med större och bärkraftiga kassor som är lokalt begränsade till respektive kommun. "Föredraget belönades med livliga applåder" heter det i protokollet.¹⁷⁾

Det finns en rad förklaringar till sjukkasseförbundets ändrade inställning. T o m 1910 sågs det som angeläget med skyndsamma åtgärder för att stärka sjukkasserörelsen och dessa åtgärder borde inte försinkas i avvaktan på en obligatorieutredning. Som en följd av 1910 års beslut försvann en mängd småkassor. Dessa hade givetvis haft ett särskilt intresse i den frivilliga försäkringen (och även i ett bibehållande av flermedlemskapet). Då dessa småkassor försvann reducerades m a o förespråkarna för den frivilliga försäkringsformen.

En annan faktor var att en obligatorisk sjukförsäkring före 1910 i stort sett tänktes omfatta arbetare. Så var också läget utomlands. Gibson tänkte sig som nämnts att början skulle göras med dem som omfattades av 1901 års lag om ersättningsplikt vid olycksfall men att en utvidgning skulle ske som socialförsäkringen i övrigt utvecklades. Genom pensionsbeslutet 1913 och segern för "folkförsäkringstanken" skedde just denna utvidgning. Sjukförsäkringen tänktes ju ta hand också om de korta fallen före invalidpensionen. Sjukkassorna skulle alltså utöver sina dåvarande medlemmar stärka sina positioner genom att också andra blev tvångsenrolerade.

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 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. Konflikten ledde bl a till att rikssjukkassorna bröt sig ur sjukasseförbundet 1917 och bildade en egen intresseorganisation.

Frågan om en obligatorisk sjukförsäkring gick snabbt framåt. Socialstyrelsen fick ett utredningsuppdrag redan 1913. Den fortsatta utredningsverksamheten uppdrogs 1915 åt den s k socialförsäkringskommittén. Kommittén lämnade sitt betänkande angående obligatorisk sjukförsäkring 1919.¹⁸⁾

2.3. Socialförsäkringskommittén

Socialförsäkringskommittén konstaterar 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".¹⁹⁾ 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 är tänkt att 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 princip allmän karaktär.

Försäkringens prestationer utgörs av sjukpenning, läkarvård, läkemedel och moderskapshjälp. Däremot ingår inte begravningshjälp som Gibson tänkt sig. Den obligatoriska sjukförsäkringen skulle ju omfatta den arbetsföra befolkningen. Detta skulle göra begravningshjälpen alltför inskränkt och skulle denna utvidgas till att omfatta alla dem som lämnat försäkringen ansågs kostnaden bli för hög. Härtill kommer, menade kommittén, att begravningshjälp ingick i olycksfallsförsäkringen samt att det existe-

rade en relativt omfattande frivillig försäkringsverksamhet i begravningskassor och andra självhjälpföreningar.

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 sjukförsäkringens 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 (i Stockholm fanns t ex 103 registrerade sjukkassor). 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 betalnings-terminer. Tillsynen över de allmänna sjukkassornas verksamhet skulle utövas av en för hela riket gemensam sjukförsäkringsöverstyrelse.

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.²⁰⁾ 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 enigt 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".²¹⁾

Någon proposition blev dock ej framlagd. Den kommande deflationskrisen satte ett effektivt stopp för sjukförsäkringsreformen.

2.4. 1910-talets sjukförsäkringssyn

Perioden mellan storstrejken och deflationskrisen markerar socialförsäkringstankens definitiva genombrott på den politiska arenan. I den tankestruktur som man arbetade efter fanns ett system innehållande sjuk-, olycksfalls- samt invaliditets- och ålderdomsförsäkring. Utanför låg en möjlig arbetslöshetsförsäkring (socialförsäkringskommittén lämnade ett förslag till en frivillig arbetslöshetsförsäkring enligt Gentmodellen 1922).²²⁾

Gibsons modell och socialförsäkringskommitténs uppvisar stora likheter. Skillnader förslagen emellan beror främst på utvecklingen inom sjukkas-serörelsen och på att socialförsäkringskommittén på ett mer inträngande sätt kunde behandla sjukförsäkringsfrågan. Bl a av det skälet inkluderades begravningshjälp ej bland sjukförsäkringens prestationer.

Det gemensamma synsättet präglades av att sjukförsäkringen skulle vara allmän samt att prestationerna skulle utgöras av sjukpenning, läkarvård, läkemedel och moderskapshjälp. För sjukpenningen föreslogs inkomstbortfallsprincipen. Detta sammanhänge bl a med försäkringens allmänna karaktär och med situationen inom sjukkasserörelsen: inte bara arbetare utan också grupper som hantverkare, bönder och tjänstemän skulle innefattas.

Det sammanhängde också med en önskad samordning med olycksfallsförsäkringen. Avgifter och i mindre utsträckning statsmedel skulle finansiera verksamheten.

En skillnad mellan förslagen är tydlig. Gibson menade att de dåvarande sjukförsäkrarna, efter sanering och reformering, skulle handha administrationen. Samma inställning tycks 1910 års riksdag ha haft. Detta var för övrigt den administrativa lösning som engelsmännen valde 1911 för sin då mycket upmärksammade obligatoriska sjukförsäkring. Socialförsäkringskommittén gick ett steg vidare efter att ha funderat på problematiken. Endast en sjukförsäkring skulle finnas inom ett givet geografiskt område.

I realiteten skulle en lokal monopolsjukförsäkring tillskapas genom sammanläggning av de existerande lokala sjukförsäkrarna. Detta låg i linje med vad företrädare för de dåvarande lokalsjukförsäkrarna såg som en önskvärd strukturomvandling i då rådande socialpolitiska läge och med hänsyn till konkurrensen från rikssjukförsäkrarna. Det behöver knappast utvecklas att rikssjukförsäkrarna var häftiga motståndare till den föreslagna obligatoriska modellen.

3. Mellankrigsperioden

3.1. 1920-talet

Det ekonomiska läget och den statsfinansiella situationen ansågs inte tillåta någon allmän sjukförsäkring. Någon proposition härom framlades ej och inte heller några andra kraftfulla initiativ togs. Detta gäller såväl de borgerliga partierna som socialdemokraterna. Någon stark drivande kraft fanns ej heller. Sjukförsäkringsrörelsen förblev splittrad i sina två riksorganisationer även om sjukförsäkringsförbundet höll obligatoriekravet vid liv bl a genom remissyttranden och kongressuttalanden.²³⁾ En annan möjlig intressent i sjukförsäkringen, fackföreningsrörelsen, koncentrerade sitt intresse på att bevaka 8-timmarsdagen och på att söka genomdriva en effektiv arbetslöshetsförsäkring.

Den av riksdagen begärda utredningen 1920 ledde till att en kommitté tillsattes med uppgift att utarbeta en plan för en enhetlig organisation av socialförsäkringarna. Kommittén drabbades av den s k "kommittéslakten" och dess uppdrag övertogs av statens besparingskommitté. Besparingskommittén slog i sitt betänkande 1925 fast att man av ekonomiska skäl måste avvisa tanken på en allmän sjukförsäkring.²⁴⁾ Kommittén menade också att den frivilliga sjukförsäkringen måste effektiviseras: statsbidragen borde höjas och prestationerna förbättras men framför allt borde statsbidraget begränsas till en enda sjukförsäkring inom ett visst område. Bl a konkurrensen kassorna emellan ansågs bidra till de svaga prestationerna (genom avgiftskonkurrens). Ett annat skäl var att enhetliga sjukförsäkringar skulle kunna utgöra de lokala organen för socialförsäkringen i dess helhet.

Efter besparingskommitténs kategoriska avvisande av allmän sjukförsäkring, och detta skedde utan mer märkbara protester, kom olycksfallsförsäkringen att gå sina egna vägar. Som tidigare nämnts hade man 1916 infört en provisorisk karenstid (på 35 dagar) i avvaktan på den väntade obligatoriska sjukförsäkringen. Under denna karenstid hade arbetsgivarna ersättningsplikt. År 1928 slopade riksdagen karenstiden helt och hållet. Året därpå kompletterades olycksfallsförsäkringen med en lag om försäkring för vissa yrkessjukdomar.²⁵⁾ Dessa hade utelämnats 1916, också det i avvaktan på en lösning av sjukförsäkringsfrågan.

Besparingskommitténs förslag föll i god politisk jordmån. Perioden 1926-30 avlämnade regeringar av olika partifärg propositioner rörande omorganisation och reformering av den statsunderstödda sjukkasserörelsen. Det hette också att detta skulle skapa administrativa förutsättningar för ett framtida obligatorium.²⁶⁾ Frågan var emellertid mycket komplicerad pga existensen av två intresseorganisationer inom sjukkasserörelsen. Först 1932, efter en proposition från den Ekmanska regeringen 1931, trädde reformen i kraft.²⁷⁾

3.2. 1931 års modell

Sjukkasseförbundet och rikssjukkassornas centralorganisation hade diametralt skilda uppfattningar i obligatoriefrågan, och då särskilt i organisationsdelen. Splittringen var olycklig eftersom, generellt sett, bevakandet av rörelsens intressen gentemot statsmakterna försvagades. Denna insikt växte fram och samtidigt skedde, eller planerades, strukturella förändringar inom båda rörelserna. I den kommitté som förberedde 1932 års reform var båda organisationerna företrädade. Detta skapade en kompromissmöjlighet i organisationsfrågan och enhetskasseprincipen kunde accepteras. Lösningen innebar att det tillskapades lokalsjukkassor, som fick monopol inom ett visst geografiskt område och skulle handha kortare sjukdomsfall, och centralsjukkassor som svarade för längre sjukdomstider. Lokalsjukkassornas område var i princip en kommun och de nya lokalsjukkassorna bildades genom sammanslagning av tidigare kassor. Centralsjukkassornas område omfattade i princip ett landsting och rikssjukkassorna skulle omvandlas till sådana kassor.

En sjukkassa med statsbidrag (erkänd sjukkassa) skulle utöver sjukpenning också ha läkarvård och sjukvård som prestationer. Det blev vidare en skyldighet för kassorna att utge moderskapshjälp.

Reformarbetet hade skapat förutsättningar för ett gemensamt agerande inom sjukkasserörelsen. År 1934 möttes de båda intresseorganisationerna för att bilda ett nytt sjukkasseförbund, Svenska sjukkasseförbundet. Samtidigt lades de båda äldre organisationerna ner.

Sjukkassereformen gav ett uppsving åt den frivilliga sjukkasserörelsen.

Detta till trots uppvisade verksamheten en rad brister som kan hänföras till dess frivilliga karaktär. Omfattningen blev relativt svag. 1940 var knappt 30 procent av befolkningen medlem i erkänd kassa.²⁸⁾ Särskilt otillfredsställande var anslutningen från låginkomstgrupper och detta gäller framför allt i fråga om landsbygdsbefolkningen. Socialt otillfredsställande var det också att den tillförsäkrade sjukpenningen var mycket låg (65 procent var tillförsäkrade högst två kronor per dag) och valfrihet i detta avseende sågs som viktigt i en frivillig försäkring. Slutligen skall också framhållas att den frivilliga försäkringen hade en maximumålder för tillträde (den tillämpade åldersgränsen var 39 år). Förekomsten av en sådan regel hade, som tidigare nämnts, som syfte att minska problemen med ett ofördelaktigt urval.

3.3. Kort summering

Under mellankrigstiden saknades de ekonomiska och politiska förutsättningarna för införandet av en allmän sjukförsäkring. 1910-talets syn på en sådan försäkring levde emellertid kvar. Detta framkom bl a under den utredningsprocess som föregick införandet av 1931 års modell. Det visade sig också vid resonemangen om olycksfall och yrkessjukdomar under senare delen av 1920-talet. Härjämte bidrog lösningen på organisationsfrågan till att de tidigare rikssjukkassornas starka motstånd bröts.

Att olycksfallsförsäkringen kom att gå sin egen väg tillsammans med yrkessjukdomar utgör en god illustration till det välkända förhållandet att det i industrialiserade länder varit relativt lätt att införa och förbättra sådana försäkringar.²⁹⁾ Arbetsskador sågs tidigt som en följd av produktionsprocessen och det har knappast rått delade meningar om att arbetsgivarna skall ha ersättningsplikt eller vara skyldiga att teckna försäkringar. Att det utan större motstånd kunde införas en försäkring mot vissa yrkessjukdomar 1929 kan förklaras med finansieringsformen.

4. Socialvårdskommittén

4.1. Bakgrund

Till skillnad från 1920-talet kännetecknades 1930-talet av en påtaglig reformvilja. Förutom 1931 års sjukassereform infördes den frivilliga arbetslöshetsförsäkringen 1934, folkpensioneringen förbättrades 1935 och 1937 etc. Mot denna bakgrund begärde 1937 års riksdag en översyn rörande den sociala hjälpverksamheten varvid särskilt frågan om en rationell organisation borde beaktas. I början av år 1938 tillsattes en kommitté som antog namnet socialvårdskommittén.³⁰⁾ Socialministern, Gustav Möller, framhöll i direktiven att en allmän översyn av socialvården inte kunde begränsas till att avse endast åtgärder för att skapa enhetlighet. Också socialvårdens materiella innehåll borde upptas till granskning.

Frågan om en reform av sjukasseverksamheten upptogs redan hösten 1938 till behandling. Ett förslag till lag om allmän sjukförsäkring lämnades 1944.³¹⁾

4.2. Modellen

Socialvårdskommittén uttryckte explicit att man till en reformerad sjukförsäkring skulle räkna över så mycket som möjligt av de traditioner och den sakkunskap som fanns inom den dåvarande frivilliga sjukförsäkringen. Den viktigaste brytningen gällde den obligatoriska anslutningen. I princip skulle hela folket omfattas och skälen för den obligatoriska anslutningsformen var de tidigare välkända. Först med ett obligatorium skulle en ur social synpunkt önskvärd anslutning vinnas. Vidare skulle den olägenheten med en frivillig försäkring undvikas att de försäkrade, skattevägen, får vara med om att finansiera sjukvård för dem som underlåtit att försäkra sig (dvs om de får stöd av det offentliga). Även en önskvärd samordning mellan sjuk- och olycksfallsförsäkringarna skulle kunna uppnås om den förstnämnda blev obligatorisk.

Den föreslagna sjukförsäkringens prestationer omfattar både sjukvård och sjukpenning. Sjukvårdsförsäkringen innefattar ersättning för läkarevårdsutgifter, läkemedel samt sjukhusvård.

Sjukpenningförsäkringen bygger på inkomstbortfallsprincipen med 1.50 kr/dag som lägsta och 6 kr/dag som högsta sjukpenning. Rent tekniskt sett skulle de sjukpenningförsäkrade placeras in i någon av tio sjukpenningklasser.

Socialvårdskommittén motiverade tydligt sitt val av inkomstbortfallsprincipen. Bl a sägs att behovet av kontant sjukhjälp står i viss proportion till den normala arbetsinkomsten, särskilt vid mera kortvariga sjukdomar. De försäkrades utgifter är nämligen, enligt kommittén, anpassade till deras normala inkomster och utgifterna kan som regel inte hastigt skäras ned vid inträffad sjukdom. Ej heller är det ur social synpunkt önskvärt att sjukdom skall förorsaka någon större standardförsämring. Hänsyn bör också tas till de regler som gäller inom den obligatoriska olycksfallsförsäkringen, och där tillämpades inkomstbortfallsprincipen.

Sjukförsäkringen skulle finansieras genom medlemsavgifter (sjukvårdsavgift och sjukpenningavgift) och statsbidrag. Av de beräknade kostnaderna för hela försäkringen skulle ungefärligen två tredjedelar finansieras genom avgifter. För de försäkrade som var arbetstagare skulle avgiften erläggas av arbetsgivaren som ägde rätt att dra av motsvarande belopp på lönen. Anledningen till att kommittén förordar medlemsavgifter, och ej arbetsgivaravgifter, sammanhänger med att försäkringen inte skall ses som en löntagarförsäkring.

Försäkringen utgick administrativt från de då existerande erkända sjuk-kassorna. Dessa skulle omvandlas till allmänna sjukkassor: centralsjuk-kassa för ett landstingsområde och lokalsjukkassa för ett område svarande mot en eller flera kommuner. De allmänna sjukkassorna skulle vara självständiga juridiska personer.

Som tidigare nämnts hade socialvårdskommittén att behandla hela socialförsäkringsområdet. Sjukförsäkringen var den första huvudgrenen som utredes. Någon explicit samordning mellan de olika socialförsäkringsgrenarna föreslogs därför inte nu. Till detta skulle man återkomma senare. Det var emellertid ingen tillfällighet att det första betänkandet ägnades sjukförsäkringen. Kommittén menade att socialförsäkringsutvecklingen i Sverige börjat "bakifrån" genom införandet av folkpensionen och olycks-

fallsförsäkringen. Sambandet med folkpensioneringen gällde främst invaliditetsförsäkring och med olycksfallsförsäkringen de kortvariga fallen. Det socialvårdskommittén, lite försiktigt, uttrycker är att sjukkasorna skulle kunna anförtros vissa arbetsuppgifter avseende annan socialförsäkring "varigenom samordning och samarbete mellan de olika socialförsäkringsgrenarna vinnes på ett naturligt sätt".³²⁾ Kommittén stod ej heller främmande för att utnyttja sjukförsäkringens lokala organisation även för en eventuell framtida obligatorisk arbetslöshetsförsäkring.

4.3. Kopplingen bakåt

Socialvårdskommitténs förslag knyter väl an till tidigare aktuella sjukförsäkringsmodeller. En förklaring härtill är att sjukkasseintressenterna hade en stark ställning vid utarbetandet av såväl 1919 års och 1931 års modeller som socialvårdskommitténs modell.

I stort sett gick socialvårdskommitténs förslag ut på att tvångsvis utsträcka 1931 års modell till att gälla hela folket. Man kan därför säga att socialvårdskommitténs förslag motsvarade de obligatorietankar som fanns under slutet av 1920-talet. Att få till stånd enhetskassor ansågs ju bl a skapa förutsättningar för ett framtida obligatorium. Socialvårdskommittén skriver också uttryckligen att det syntes naturligt att den nya försäkringen i möjligaste mån knyter an till de erfarenheter som finns samlade i de erkända sjukkassorna.

Att socialvårdskommittén, till skillnad från 1931 års modell, föreslog en obligatorielösning hänger bl a samman med (förhoppningsvis) bättre samhällsekonomiska förutsättningar efter krigsslutet men också med framväxten av en mer positiv socialpolitisk syn inom de borgerliga partierna. Det sistnämnda är påtagligt i de valmanifest och program som antogs strax före krigsslutet.³³⁾ Socialvårdskommittén hade, kort sagt, en högre ambitionsnivå. I övrigt kan man se många av de skillnader som finns mellan socialvårdskommitténs förslag och 1931 års modell som "konsekvensändringar" vid en övergång till ett obligatorium.

Som "konsekvensändringar" kan man exempelvis se slopandet av åldersgränser vid inträde i sjukkassa och av rätten att själv välja dagpenning. Med ett obligatoriskt system kan det bli en administrativ förenkling om

arbetsgivarna svarar för inbetalandet av medlemsavgifterna. I det frivilliga systemet hade de enskilda kommunerna incitament att subventionera lokala sjukförsäkringar för att öka anslutningen (och alltså minska ev fattigvårdsutgifter vid sjukdom). Sådana incitament försvagas med en obligatorisk försäkring. Förutsättningarna för de centrala och lokala sjukförsäkringarnas arbete, liksom arbetsfördelningen, påverkas också vid en övergång till obligatorium. Betydligt fler försäkrade omfattas och nya arbetsavgifter ingår nu bl a att besluta om försäkringsplikt och tillhörighet till sjukpenningklass. Härtill kommer att sjukförsäkringarna framöver tänktes få till uppgift att administrera delar av olycksfallsförsäkringen samt arbetslöshetsförsäkringen.

Inom den dåvarande frivilliga försäkringen ingick moderskapshjälp som en prestation. Socialvårdskommittén upptog till särskild utredning frågan huruvida moderskapshjälpen skulle åvila sjukförsäkringarna eller ordnas på annat sätt. Om, menade socialvårdskommittén, denna utredning skulle visa att sjukförsäkringarna var det lämpliga organet, skulle det inte bereda några svårigheter att införa detta i sjukförsäkringsmodellen.

Socialvårdskommitténs modell visar stora principiella likheter med 1919 års modell. Prestationerna är desamma (med undantag för moderskapshjälpen) och båda modellerna bygger på inkomstbortfallsprincipen. Den sistnämnda motiveras i båda fallen bl a med hänvisning till en önskvärd samordning med olycksfallsförsäkringen. Vi finner också den intressanta likheten att man i båda modellerna räknar med att ungefärligen två tredjedelar av försäkringskostnaderna skall finansieras genom medlemsavgifter. Man skulle kunna uttrycka det så att omfördelningsambitionerna är små i båda modellerna.

De skillnader som finns mellan modellerna sammanhänger väsentligen med den ekonomiska utveckling som skett och med under mellantiden tagna socialpolitiska beslut. En sådan skillnad gäller organisationen. 1919 fanns inga praktiska förutsättningar, ansågs det, att bygga organisationen på den existerande splittrade sjukförsäkringsörelsen. Man föreslog därför att offentliga sjukförsäkringar med ett lokalt begränsat verksamhetsområde inrättas. Här var tydligen ambitionerna desamma men det var först efter det slitsamma konsolideringsarbetet före 1931 års modell som det gavs en organisatorisk grund att stå på i socialvårdskommitténs modell.

Socialförsäkringskommitténs modell 1919 innefattade riskdifferentierade arbetsgivaravgifter. Några sådana fanns ej med i 1944 års modell eftersom lagen om försäkring för vissa yrkessjukdomar införts under mellantiden. Här var arbetsgivaravgifterna riskdifferentierade.

Båda modellerna var "folkförsäkringar" och omfattade i princip hela befolkningen. Undantag i båda modellerna utgjordes av statstjänstemän. I 1919 års modell hade man dessutom en, förhållandevis hög, inkomst- och förmögenhetsgräns som exkluderade några procent av befolkningen. Detta är emellertid en om än principiellt viktig så dock i realiteten marginell skillnad mellan modellerna. Motiveringen för uteslutningen 1919 var statsfinansiell.

I socialförsäkringskommitténs modell 1919 utövas tillsynen över sjukkasornas verksamhet av en för hela riket gemensam sjukförsäkringsöverstyrelse. Att emellertid inrätta ett nytt ämbetsverk tog riksdagen avstånd från våren 1920. I 1944 års modell (liksom i 1931 års) var pensionsstyrelsen tillsynsmyndighet.

Sammanfattningsvis kan man alltså konstatera att socialvårdskommitténs modell, och med modell avses här huvuddragen i försäkringskonstruktionen, sluter väl an till vad som skulle kunna kallas det "svenska modelltänket".

4.4. Beveridge och socialvårdskommittén

År 1942 publicerades i England den s k Beveridgerapporten, som innehöll det sannolikt mest uppmärksammande socialpolitiska reformförslag som någonsin presenterats.³⁴⁾ Rapporten ger en helhetsbild av ett socialförsäkringssystem, som i allt väsentligt kom att utgöra grundstenen för den brittiska socialförsäkringen efter andra världskriget.

Beveridgeplanen blev mycket uppmärksammas även i Sverige. En svensk dåtida kommentator skrev att "ingen kan bli likgiltig för densamma, som sysslar med socialpolitik och socialvård".³⁵⁾ Enligt samme kommentator kan Beveridgeplanen "sägas utgöra åtminstone en diskussionsbasis i varje civiliserat land vid behandlingen av de sociala frågorna".

Det socialförsäkringssystem som William Beveridge presenterade innehöll följande huvudbeståndsdelar:

- 1) Socialförsäkringen skall vara allmän och obligatorisk. Den skall ge ersättning vid arbetslöshet, ålderdom, sjukdom och olycksfall (arbets-skada)
- 2) Prestationerna skall utgöras av kontanterersättningar. Inom sjukförsäkringen ingår alltså inte läkar- och sjukhusvård. För varje medborgare skall läkar- och sjukhusvården vara fri, dvs skattefinansierad
- 3) Kontanterersättning utgår med enhetsunderstöd enligt minimistandardprincipen. Socialförsäkringens syfte, enligt Beveridge, är att garantera existensminimum. Ersättningen för olycksfall i arbete bakas in i den allmänna försäkringen men kompletteras med en särskild försäkringsform för speciellt farliga industrier. Vid olycksfall utgår kontant sjukhjälp under de 13 första veckorna och därefter en inkomstrelaterad invalidpension
- 4) Till finansieringen skall arbetsgivaravgifter, de försäkrades avgifter och skatter bidra med var sin tredjedel. Avgifterna är enhetsavgifter med undantag för riskdifferentierade arbetsgivaravgifter till olycksfallsförsäkringen
- 5) För hela socialförsäkringen skall det finnas en gemensam statlig administration med lokalkontor

Beveridgeplanens djärva samlade grepp på socialförsäkringsfrågan, och detta vid en tidpunkt då man kunde skönja en begynnande fredsoptimism, kan nog förklara den publicitet som rapporten fick och det intresse den väckte. Man kan emellertid lätt konstatera att Beveridgeplanen inte satt några synbarliga spår i socialvårdskommitténs modell. Den enda likhet man finner är uppfattningen att socialförsäkringen skall vara allmän och obligatorisk. Men socialvårdskommitténs inställning i denna fråga har svenska förlagor och behöver inte förklaras med hänvisning till Beveridge. I övrigt är ställningstagandena i de viktiga principiella frågorna helt olika (inkomstbortfallsprincip vs minimistandardprincip

etc). Beveridge byggde sin modell i mångt och mycket på en brittisk tradition (t ex beträffande enhetsunderstöd och den tredelade finansieringen) medan socialvårdskommittén byggde på en svensk. Det kan också konstateras att Beveridge, som nämnts, gav en helhetslösning medan socialvårdskommittén fortsatte med att utreda varje socialförsäkringsgren för sig.

Socialvårdskommittén var väl bekant med Beveridgeplanen men tog klart avstånd från den i sin sjukförsäkringsmodell. Kommitténs ordförande, Bernhard Eriksson, tog också offentligt avstånd från Beveridgeplanen i olika sammanhang.³⁶⁾ Socialvårdskommittén var så opåverkad av Beveridge att ett par viktiga sjukförsäkringsintressenter som LO och sjukkasseförbundet (eller rättare dess organ Svensk sjukkassetidning) efterlyste åtminstone en närmare diskussion om Beveridgeplanen i socialvårdskommitténs betänkande.

I Möllermodellen uppgick statsbidragen till 170 miljoner kronor (samt över 60 miljoner kronor för den fria sjukhusvården och för läkemedel). I socialvårdskommitténs förslag var statsbidragen totalt ca 80 miljoner kronor. Ett framträdande drag i Möllers modell är alltså en förhållandevis stark fördelningseffekt till förmån för låginkomsttagare.

I en liten skrift från 1926 betitlad "Arbetslöshetsförsäkringen jämte andra sociala försäkringar" redovisar Möller åsikten att sjukförsäkringen skall vara grundorganisationen i en rationellt ordnad socialförsäkring. Sjukförsäkringen skall vara en slags moderorganisation även för folkpensionen, olycksfallsförsäkringen och eventuellt också för arbetslöshetsförsäkringen. Därigenom skulle det bli möjligt att låta de olika socialförsäkringsgrenarna samverka bl a för att förhindra dubbelersättningar och för att få billigast tänkbara organisation.

Möllers uppfattning i samordningsfrågan år 1946 framstår emellertid som oklar och han är i propositionen ej beredd att ta ställning i frågan. Det verkligt stora problemet är givetvis minimistandardprincipen, eftersom olycksfallsförsäkringen och arbetslöshetsförsäkringen utgick från en inkomstbortfallsprincip. I riksdagsdebatten säger han (med socialvårdskommittén som adressat) att "med litet organisatorisk och konstruktiv fantasi skall det visa sig lätt nog att finna vägar att verkligen samordna dessa socialförsäkringsgrenar".³⁹⁾ Han nämner för olycksfallsförsäkringens del att man där skulle kunna tillämpa samma minimistandard som sjukförsäkringen och härutöver en inkomstgraderad sjukpenning. Men detta löser knappast samordningsproblemet! De väsentligaste skillnaderna mellan socialvårdskommitténs och Möllers modeller sammanfattas i tabell 1.

1946 års beslut var ett principbeslut och reformen skulle träda i kraft först 1950. Anledningen till denna fördröjning var dels att man avvaktade kommunindelningsreformen, dels att sjukvårdsresurserna måste byggas ut. Ett annat skäl till att principbeslutet skulle tas redan 1946 avslöjade Möller i riksdagsdebatten: beslutet skulle bli vägledande för socialvårdskommittén i dess fortsatta arbete med olycksfallsförsäkring och arbetslöshetsförsäkring.

Tabell 1: Väsentliga skillnader mellan socialvårdskommitténs och Möllers modeller

	Socialvårdskommittén	Möller
Prestationer	Inkl läkemedel och sjukvård	Läkemedel och sjukvård utanför försäkringen
Ersättningsprincip	Inkomstbortfall	Enhetssjukpenning Frivillig påbyggnad
Finansiering	Egenavgifter (ca 2/3) Statsbidrag (ca 1/3)	Egenavgifter (ca 25 %) Statsbidrag (ca 75 %)
Samordning	Önskvärd och möjlig med yrkesskadeförsäkr	I realiteten omöjlig att samordna med yrkesskadeförsäkring

Ännu ett sannolikt skäl för ett tidigt sjukförsäkringsbeslut sammanhänger med reformens betydande statsfinansiella konsekvenser. Dessa skall ses i relation till andra utgiftskrävande planerade reformer och till önskemål att samtidigt lätta skattetrycket. Att ta ett beslut flera år innan det visade sig i form av statsfinansiella utgifter var säkerligen en del i Möllers strategi att lotsa reformen förbi finansministern. Maktkampen mellan Möller och Wigforss är ju väl dokumenterad och hade bl a visat sig i folkpensionsfrågan.⁴⁰⁾ Och efter Wigforss (och regeringen) skulle en parlamentarisk majoritet uppbådas.

Gustav Möllers sjukförsäkringsmodell innebar en brytning med det "svenska modelltänkandet". I korthet kan man karaktärisera modellen som en försäkring för grundtrygghet med relativt starka fördelningspolitiska ambitioner. Sätillvida svarar den mot intentionerna i arbetarrörelsens efterkrigsprogram. Modellen var sannolikt mer ambitiös från början än man i efterhand kan notera. Möller tycks nämligen ha räknat med deflation efter kriget varigenom enhetsunderstödet realvärde skulle öka.⁴¹⁾

Man kan också konstatera att Möllers modell inte har mycket med "försäkring" i mer konventionell mening att göra. Här kan man hos Möller spåra

ett inflytande från den danske socialdemokraten och socialpolitikern K. K. Steincke, vars idéer Möller kommit i kontakt med ett par decennier tidigare.⁴²⁾ I stället för föreställningen att en försäkringsavgift skulle konstituera en rätt till ersättning hävdade Steincke att stöd borde utgå som en medborgerlig rättighet då vissa i lag fastställda kriterier föreligger. Denna rättsprincip ligger också bakom den tidigare under år 1946 beslutade folkpensionen.

5.2. Möller och Beveridge

Det är ett välbekant faktum att Beveridgeplanen hade ett starkt inflytande på Möller.⁴³⁾ På Möllers uppdrag utgavs exempelvis 1943 en fyllig skrift på svenska om planen. Och i riksdagsdebatten 1946 hänvisade Möller till att engelsmännen höll på att införa ett sjukförsäkringssystem av ungefär samma typ som det svenska.

De mest påtagliga likheterna mellan Beveridge och Möller ligger i enhetsunderstödet och att sjukvården inte ingår som en sjukförsäkringsprestation. Beveridge hade lämnat en helhetslösning men i Möllers steg-för-steg strategi kan man, åtminstone 1946, ana en motsvarande helhetssyn. Folkpensionsbeslutet, där Möller drev genom ett enhetsunderstöd, är ett exempel, hans råd till socialvårdskommittén under riksdagsdebatten är ett annat.

Mellan Beveridge och Möller fanns en principiell olikhet. Beveridge föreslog statliga administrativa organ medan Möller utgick från sjukkas-sorna. Frågan är emellertid hur betydelsefull denna skillnad egentligen skulle bli i ett svenskt helhetssystem. För det första kan man konstatera att sjukkassorna i Möllers modell skulle bli mycket av passiva verkstäl-lare: de fick ej bestämma sina avgifter och inkomsterna inleverades från statsverket samtidigt som ersättningarna var givna. För det andra, och här gör vi ett hopp till 1949 då konturerna till en Möllersk helhetslös-ning börjar skönjas, får vi vissa upplysningar i den s k socialboken, som utarbetades under överseende av Möller.⁴⁴⁾ Bl a heter det att utveck-lingen pekar hän mot en enhetlig socialförsäkring så konstruerad att envar garanteras en viss minimistandard och därmed "skulle socialförsäk-ringens idé vara förverkligad".⁴⁵⁾ Man behandlar också möjligheten till administrativ förenkling genom införandet av en gemensam socialförsäk-

ringsavgift och genom att ett gemensamt lokalt organ inrättas för socialförsäkringarna (utom olycksfallsförsäkringen). Ett sådant förslag förutsätter, heter det, vidare att pensionsnämnderna och lokalsjukkassorna försvinner som självständiga organ. I ett sådant system torde knappast skillnaden mellan Beveridge och Möller bli särdeles stora, vad beträffar modellernas huvuddrag.

Det finns emellertid en helt avgörande skillnad mellan Beveridge och Möller och detta gäller fördelningsambitionen. I Beveridgemodellen sker finansieringen av enhetsersättningarna genom enhetsavgifter och några fördelningsambitioner, bortsett från kategorier som sjuka/friska eller sysselsatta/arbetslösa, finns knappast. Den svenska socialdemokraten och den brittiske liberalen konstruerade alltså sina modeller utifrån helt olika finansieringssystem.

5.3. Accepterandet 1945-46

Socialvårdskommitténs förslag låg i linje med det vi kallat "det svenska modelltänkandet". Remissinstanserna ställde sig i stort sett positiva till förslaget. Möller gick emellertid sin egen väg och fick en kompakt riksdagsmajoritet på sin sida. Det är påtagligt att riksdagsdebatten var matt och att motståndet mot Möllers modell var svagt. Möllers djärva lösning av sjukvårdsfrågan blev i stort sett allmänt accepterad.

Möllers modell gynnade särskilt låginkomsttagare och, inte minst, landsbygdsbefolkningen. Sannolikt hade modellen stöd i den allmänna opinionen⁴⁶⁾ och på det politiska planet fick Möller med sig nästan hela den socialdemokratiska riksdagsgruppen, kommunisterna, bondeförbundet samt delar av folkpartiet. Högern var en konsekvent motståndare och förordade en lösning motsvarande socialvårdskommitténs. Av intresseorganisationerna hade arbetsgivareföreningen och sjukkasseförbundet samma inställning. Den s k fristående sjukkasserörelsen (kassor som hamnade utanför 1931 års organisation) stödde helhjärtat Möller.

En viktig intressent är givetvis LO. Landsorganisationens inställning i socialpolitiska frågor har normalt haft en stark påverkan på främst det socialdemokratiska partiet. LO:s agerande i sjukförsäkringsfrågan var emellertid tamt och organisationen var splittrad. I sitt remissvar

1944 över socialvårdskommitténs betänkande heter det att LO inte motsätter sig att sjukpenningen graderas efter arbetsinkomsten men LO skulle gärna "ha sett att kommittén tagit upp det föreslagna engelska systemet med enhetliga understödsbelopp till närmare prövning".⁴⁷⁾ Året därpå, då man yttrade sig över Möllers förslag, uttrycker man "principiella sympatier" för enhetsunderstöd men med tanke på socialförsäkringarnas samordning och eftersom enhetsunderstöd knappast kan genomföras inom olycksfalls- och arbetslöshetsförsäkringarna torde en inkomstgraderad sjukpenning vara att föredra.⁴⁸⁾ Den splittrade meningen inom LO framgick också vid 1946 års kongress som med svag majoritet avslag ett förslag att kongressen skulle uttala som sin mening, att en samordning mellan sjuk- och olycksfallsförsäkringen skall komma till stånd.⁴⁹⁾

Man kan finna åtminstone tre orsaker till LO:s kraftlösa agerande i sjukförsäkringsfrågan 1944-46. För det första är det uppenbart att stora låglönegrupper inom LO såg vinster med Möllers modell. För det andra var man inom LO, allmänt sett mer intresserad av reallöneökningar än sociala reformer vid tiden för krigsslutet.⁵⁰⁾ De ekonomiska utsikterna efter kriget var ju ovissa och primärt önskade man ta igen den privata köpkraft som man gått miste om under kriget. För det tredje har olycksfallsförsäkringen traditionellt haft högre prioritet inom LO än sjukförsäkringen och inom LO fanns bl a den uppfattningen att det skulle vara lättare att åstadkomma förbättringar för de yrkesskadade genom att förbättra olycksfallsförsäkringen isolerad. En samordning med sjukförsäkringen skulle rentav kunna leda till försämringar (jfr Beveridgemodellen där enhetsunderstöd skulle utgå under samordningstiden).

6. Den omöjliga modellen 1947-51

6.1. Brytningen

År 1948 beslutade riksdagen att uppskjuta ikraftträdandet av Möllers sjukförsäkringsreform till 1951.⁵¹⁾ Orsaken angavs vara att arbetet med kommunindelningsreformen ej fortgått enligt det uppgjorda schemat (den trädde sedan i kraft 1952). Dessutom angavs att det var platsbrist på sjukhusen och brist på sjuksköterskor och läkare. På våren 1950 deklarerade statsminister Erlander i riksdagen att det av statsfinansiella skäl var omöjligt att låta reformen träda i kraft 1951. Under hösten 1950 avlämnades en proposition som antogs av riksdagen.⁵²⁾ Beslutet innebar att reformen uppsköts tills vidare.

Möllers ställning inom regeringen, där han varit van att ensam bestämma socialpolitikens innehåll, försvagades under efterkrigstiden. Den sista stora striden han vann gällde dyrtidstilläggen till folkpensionerna 1948, där han fick med sig riksdagen mot regeringen. Motsättningen mellan honom och regeringen (främst då finansministrarna Wigforss och Sköld) kulminerade på våren 1951. Vid ett partistyrrelsemöte i juli 1951 avgjordes striden.⁵³⁾ Möller sökte stöd för att genomföra sin sjukförsäkringsreform i etapper. Något stöd fick han emellertid inte hos partistyrrelsen. Möller avgick som socialminister i samband med tillkomsten av koalitionsregeringen på hösten 1951. Därmed försvann också Möllermodellen från den politiska scenen.

6.2. De ekonomiska förutsättningarna

Ären kring krigsslutet kännetecknades av en stor osäkerhet och desorientering om efterkrigstidens ekonomiska utveckling.⁵⁴⁾ Paralleller drogs med utvecklingen efter första världskriget och i orosbilden fanns möjligheten av en stor efterkrigsdepression.

Nu uppstod ingen depression och i stället kom utvecklingen efter kriget att kännetecknas av en låg arbetslöshet, god tillväxt och höjda reallöner. De tankar som fanns att låta produktivitetsutvecklingen slå igenom i form av sänkt prisnivå gick ej att förverkliga. I stället kom situationen att kännetecknas av inflationstendenser. Kulmen nåddes 1950-51

med den s k Koreainflationen. Den höga totalefterfrågan i landet tog sig också i uttryck i en valutakris, som bl a ledde till en stark depreciering 1949.

Den ekonomiska efterkrigsmiljön skapade nya betingelser för synen på Gustav Möllers sjukförsäkringsmodell. I en inflationsekonomi med stigande priser och nominella löner urholkas värdet av enhetsersättningar. Inkomstbortfallsprincipen däremot ger ett mer eller mindre automatiskt samband mellan nominella löner och sjukpenning. I en inflationsekonomi vidgas gapet mellan nominella löner och enhetsunderstödet. "Fallhöjden" vid sjukdom ökar och därmed försvåras den ekonomiska omställningen för den enskilde. Även relationen mellan olycksfallsförsäkringens ersättningar (enligt inkomstbortfallsprincipen) och sjukförsäkringens förskjuts till den senares nackdel. Någon form av indexering skulle kunna mildra problemet. Vid den här tiden var emellertid en indexlösning inte aktuell och Möller själv var ingen vän av indexering. Det var, enligt Möller, politikerna som skulle höja förmånerna och inte Statistiska Centralbyrån.⁵⁵⁾

Möllers modell var en "fattigdomsmodell". Han hade själv motiverat sin minimistandardprincip med att det handlade om att få bort fattigdom och nöd. Den fulla sysselsättningen, tillväxten och höjda reallöner, kort uttryckt en höjd privat konsumtionsstandard, kom successivt att minska de socialpolitiska motiven för en sådan modell.

Inflationstrycket följdes av den s k reformpausen 1948. Då hade stora socialpolitiska reformer som folkpensionen och barnbidrag genomförts och såväl socialdemokrater som de borgerliga ansåg att det då inte fanns utrymme för fler kostnadskrävande reformer. Finanspolitiken blev kärv och i den situationen blev Möllers, för statsverket relativt dyra, modell en omöjlighet.

År 1950, före det att uppskovspropositionen förelagts riksdagen, fick pensionsstyrelsen i uppdrag att göra nya kostnadsberäkningar för Möllermodellen med hänsyn till befolkningsutveckling och inkomstutveckling. Samma år tillsattes den första s k långtidsutredningen. Till dess uppgifter hörde att belysa utrymmet för socialpolitiska reformer. I sitt betänkande, som publicerades 1951, behandlades därför sjukförsäkrin-

gen.⁵⁶⁾ Med utgångspunkt i pensionsstyrelsens utredning, som gett en ungefärlig kostnadsfördubbling jämfört med Möllers beräkningar, och i den förväntade samhällsekonomiska utvecklingen menade långtidsutredningen att genomförandet av obligatorisk sjukförsäkring var betingat av möjligheten att gå fram avgiftsvägen.

6.3. Viktiga aktörsgrupper

I efterkrigsmiljön fanns en rad aktörer i sjukförsäkringsfrågan. Tre särskilt politiskt betydelsefulla aktörer var socialvårdskommittén, sjukkasserörelsen och landsorganisationen.

Som tidigare nämnts blev socialvårdskommittén "överkörd" av Möller, som dessutom gav råd på vägen inför det fortsatta arbetet. Kommittén skulle bl a utreda arbetslöshetsförsäkringsfrågan. Ett betänkande avlämnades 1948 och i detta föreslogs införandet av en obligatorisk arbetslöshetsförsäkring. Även frågan om samordning och organisation behandlades.⁵⁷⁾ För kommittén var det självklart att man i arbetslöshetsförsäkringen skulle tillämpa inkomstbortfallsprincipen. För att organisatoriskt samordna sjuk- och arbetslöshetsförsäkringarna föreslogs att den lokala förvaltningen borde överlämnas till lokala socialförsäkringsnämnder och att, följaktligen, sjukkassornas ställning som självförvaltande organ skulle upphöra. Samtidigt föreslog man att 1946 års sjukförsäkringsbeslut skulle omprövas så att också sjukpenningen blev inkomstrelaterad.

Socialvårdskommitténs betänkande föranledde en rad reaktioner. En motion väcktes i riksdagen vari en omprövning av sjukförsäkringsbeslutet begärdes.⁵⁸⁾ Dessutom aktiverades de erkända arbetslöshetskassorna, en allt starkare intressegrupp inom LO med metallindustriarbetarna i spetsen.⁵⁹⁾ Även några tjänstemannaförbund hade vid denna tid upprättat arbetslöshetskassor. Arbetslöshetskassaförbundens primära mål var att behålla den frivilliga arbetslöshetsförsäkringen och att denna borde förstärkas. Detta innebär följaktligen att allt starkare ekonomiska intressenter motsätter sig en samordning mellan sjuk- och arbetslöshetsförsäkringarna.

Samordningen mellan sjuk- och olycksfallsförsäkringarna var en viktig fråga för socialvårdskommittén. En godtagbar samordning var omöjlig i Möllermodellen. Samordningsproblemet förvärrades genom en viss förbätt-

ring av då gällande olycksfallsförsäkringslag 1948.⁶⁰⁾ Socialvårdskommittén behandlade yrkesskadeförsäkringen (den då nya benämningen) i sitt allra sista betänkande 1951.⁶¹⁾ Detta betänkande kan ses som kommitténs "testamente". Yrkesskadeförsäkringen skulle vara en genom arbetsgivaravgifter finansierad obligatorisk försäkring som omfattade yrkesskador och yrkessjukdomar. En samordning med sjukförsäkringen ansågs som högst önskvärd men pga sjukförsäkringsfrågans läge såg man sig förhindrad att göra ett samordningsförslag. Man behandlade ej heller organisationen.

Sjukkasserörelsen, med sjukkasseförbundet i spetsen, fick i och med 1946 års riksdagsbeslut börja anpassa sig till den kommande reformen. Sjukkasserörelsens reaktion på socialvårdskommitténs förslag om socialförsäkringsnämnder 1948 blev, milt uttryckt, negativ.⁶²⁾ Nu kom det att handla om rörelsens överlevnad.

Retad blev också sjukkasserörelsen över uppskovsbesluten 1948 och 1950.⁶³⁾ Förberedelsearbetet med sjukförsäkringsreformen hade varit i full gång och medlemsvården hade eftersatts (den nya försäkringen skulle ju bli obligatorisk). För sjukkasserörelsen framstod situationen år 1950 helt enkelt som kaotisk. Rörelsen börjar med enfaset att kräva en återgång till socialvårdskommitténs sjukförsäkringsförslag, givetvis med tanke på finansieringsaspekten men också för att undanröja Möllers enhetsunderstöd. I sitt remissyttrande 1951 över socialvårdskommitténs yrkesskadeförsäkringsförslag motiverar man inte minst detta med samordningsmöjligheten.⁶⁴⁾

LO var ingen pådrivande kraft inför 1946 års riksdagsbeslut. En anledning var att organisationen prioriterat olycksfallsförsäkringen där det varit lättare att komma framåt och 1948 skedde också vissa förbättringar. Att det normalt är enklare att åstadkomma en hygglig olycksfallsförsäkring (yrkesskadeförsäkring) än andra socialförsäkringar är i och för sig en internationell erfarenhet.

LOs under efterkrigstiden alltmer positiva inställning till inkomstbortfallsprincipen kan ses mot bakgrund av den ekonomiska utvecklingen. Men framför allt kom Möllers modell att uppfattas som ett hinder för ytterligare förbättringar i skyddet för de yrkesskadade. Bl a skedde en successiv utvidgning av begreppet yrkessjukdom. Många av de sjukdomar som

arbetare drabbades av kunde ses som en följd av arbetsprocessen, exempelvis rygg- och nervsjukdomar, utan att de i lagens mening betraktades som yrkessjukdomar. Detta innebar att olika yrkessjukdomar kunde få helt olika ekonomiska konsekvenser för den enskilde. Denna skillnad började alltmer uppfattas som en orimlighet. En samordning mellan yrkes- skade- och sjukförsäkringarna skulle under samordningstiden undanröja denna problematik och ersättningen till den enskilde skulle ge en kompensation för bortfallen inkomst antingen det rörde sig om en "vanlig" sjukdom eller yrkessjukdom. Härtill kom att den enskilde under samordningstiden skulle få täckt sitt inkomstbortfall direkt utan att behöva visa, och inte sällan tvista om, att det var fråga om olycksfall eller yrkessjukdom.

Det växande samordningsintresset inom LO fick ett pregnant uttryck på 1951 års LO-kongress. Kongressen uttalade sig enhälligt för en samordning mellan sjuk- och yrkesskadeförsäkringarna och landssekreterariatet formulerade det så i ett yttrande "att från fackföreningsrörelsens sida allt bör göras för att genomföra ett sådant system".⁶⁵⁾

LOs bestämda ställningstagande 1951 kan också ses i ljuset av den då antagna principen om en solidarisk lönepolitik. Denna innebär i korthet att LO genom centrala förhandlingar skall eftersträva lika lön för lika arbete. I begreppet "lön" ingår givetvis också sociala förmåner knutna till anställning. Idén om en solidarisk lönepolitik innefattar alltså i princip likartade sociala förmåner för de anställda. Andra fackliga lösningar än de som bygger på centrala förhandlingar kan ge ojämna sociala förmåner, liksom en ojämn lönestruktur i övrigt, beroende på gruppens olika förhandlingsstyrka. Möllers modell, liksom modellen med frivillig sjukförsäkring, gav förutsättningar för företagsbaserade eller branschomfattande sjukförmåner. Vissa grupper inom LO, t ex stats- och kommunalanställda samt handels- och livsmedelsarbetare, hade någon form av sjuklönearrangemang.

En lösning för LO skulle kunna ha varit att centralt driva sjuklönefrågan för hela LO-området. En sådan lösning sågs emellertid då som en omöjlighet och arbetsgivarmotståndet var kompakt. Som exempel kan nämnas att då LO senare, i början på 1960-talet, krävde sjuklön under sjukförsäkringens karenstid (den var då tre dagar) ställde sig arbetsgivarna

helt avvisande.⁶⁶⁾ Man kan alltså konstatera att generösa och likformiga sjukersättningar, som baserades på inkomstbortfallsprincipen, endast kunde erhållas genom en politisk lösning.

6.4. Ny utredning

I den ekonomiska efterkrigsmiljön och med i denna verkande viktiga aktörsgupper blev Möllermodellen alltmer omöjlig. På det parlamentariska planet visade sig utvecklingen i uppskovspropositionen 1950 men också i höger- och folkpartimotioner. I dessa krävdes en omprövning av 1946 års beslut.⁶⁷⁾

Enligt en gallupundersökning 1950 var sjukförsäkringsreformen den reform som det svenska folket ansåg vara mest angelägen.⁶⁸⁾ Det socialdemokraterna hade att erbjuda var en omöjlig modell och sjukförsäkringsfrågan blev helt enkelt en politisk belastning. Trycket på regeringen att handla var mycket starkt. Först då Gustav Möller ställts åt sidan blev detta en reell möjlighet. Den nya socialministern Gunnar Sträng tillsatte snabbt en ny utredning, med statssekreteraren Per Eckerberg som ordförande. Enligt direktiven borde bli översynen ske "med all möjlig skyndsamtet".⁶⁹⁾ Samtidigt tillsattes en helt annan utredning med syfte att effektivisera den frivilliga arbetslöshetsförsäkringen.

7. Socialförsäkringsutredningen

7.1. Modellen

Den tillsatta utredningen antog benämningen socialförsäkringsutredningen. Inom ett år var den färdig med sitt arbete. Betänkandet fick den träffande benämningen "Sjukförsäkring och Yrkesskadeförsäkring". Förslaget kom i allt väsentligt att godtas av riksdagen 1953 och reformen trädde i kraft 1955.⁷⁰⁾

Då det gäller anslutning och organisation intog socialförsäkringsutredningen i allt väsentligt samma ståndpunkt som tidigare socialvårdskommittén och Möller.

Som betänkandets benämning anger hade samordningsfrågan en central plats. Detta var också en viktig punkt i utredningens direktiv. Samordningstiden mellan sjuk- och yrkesskadeförsäkringarna föreslås (något godtyckligt) bli 90 dagar (jfr Gibsons modell). Under denna tid svarar alltså sjukförsäkringen för ersättningen och det uppskattades att minst 90 procent av alla yrkesskadefall skulle ligga inom denna period.⁷¹⁾ Härfter övertogs ersättningen till yrkesskadade av en föreslagen ny yrkesskadeförsäkring.

Sjukförsäkringens prestationer utgörs av sjukpenning och sjukvård i likhet med socialvårdskommitténs modell. Sjukpenningen utgår enligt inkomstbortfallsprincipen med en grundsjukpenning (3 kr/dag) och en obligatorisk tilläggssjukpenning (1-17 kr/dag). Härjämte föreslogs en frivillig sjukpenningförsäkring med framför allt egenföretagare och studerande som målgrupp.

I sjukvårdsförsäkringen ingår bl a sjukhusvård. Enligt Möllers modell skulle fri sjukhusvård lämnas vid sidan av försäkringen. Sjukvårdsreformen måste införas samtidigt med sjukpenningreformen med tanke bl a på samordningen med yrkesskadeförsäkringen. Att sjukhusvården nu förs in i sjukförsäkringen sammanhänger främst med statsfinansiella hänsyn. Den måste, menar utredningen, betalas avgiftsvägen.

Finansieringsfrågan var, liksom samordningen, fundamental för utredningen. Möllers modell hade ansetts för dyr för statsverket pga den fria

sjukhusvården, fördelningsambitionerna avseende enhetsunderstödet och en relativt stark subventionering av den frivilliga tilläggssjukpenningen (utan stark subventionering skulle någon godtagbar anslutning knappast nås).

Den obligatoriska sjukförsäkringens inkomster kommer från de försäkrade, arbetsgivarna och staten. De försäkrades avgifter avser sjukvårdsförsäkringen, grundsjukpenningen och tilläggssjukpenningen. Sjukförsäkringsavgiften skall tas ut tillsammans med de allmänna skatterna. De försäkrades egna avgifter beräknades svara för ca 45 procent av de totala kostnaderna.⁷²⁾

Arbetsgivarnas andel svarar mot ca 25 procent. Arbetsgivarbidraget utgår i relation till utbetalda löner och för finansiering av tilläggssjukpenningen. Att socialförsäkringsutredningen, till skillnad från socialvårdskommittén, föreslår denna arbetsgivarfinansiering sammanhänger främst med samordningen. Den då existerande olycksfallsförsäkringen hade finansierats genom arbetsgivaravgifter och genom den nu föreslagna samordningen blir det en avsevärd minskning av utgifterna från yrkesskadeförsäkringen. Härtill kommer att arbetsgivarsidan också gör en viss vinst med en inkomstrelaterad sjukpenning genom att existerande sjuklönearrangemang kommer att slopas eller reduceras.

Statsbidraget utgår till grundsjukpenningen och sjukvården (dock ej sjukhusvård). Statens finansieringsandel uppskattades till ca 30 procent.

Socialförsäkringsutredningens modell visar i sin uppläggning stora likheter med socialvårdskommitténs modell 1944. Den största skillnaden gäller arbetsgivaravgifterna. Skillnaden torde helt bero på att socialförsäkringsutredningen lämnade ett konkret förslag till samordning, medan socialvårdskommittén talade om en önskvärd framtida samordning, dvs efter det att man även utrett yrkesskadeförsäkringen.

7.2. Om den fortsatta utvecklingen

Med socialförsäkringsutredningens förslag och efterföljande riksdagsbeslut blev grunden lagd för en samordnad socialförsäkring. Den särskilda behandlingen av moderskapsförsäkringen resulterade i att denna knöts

till sjukförsäkringen.⁷³⁾ Sjukbidrag/invalidpension ingick redan i det år 1946 tagna pensionsbeslutet. Arbetslöshetsförsäkringen, som förstärktes 1953, kom emellertid att förbli frivillig och fristående. Denna tanke fanns med redan i Gibsons riksdagsmotion 1910. Arbetslöshetsförsäkringen, hette det där, omfattar dem vars lidande har sin orsak i samhällets ekonomiska organisation. De övriga försäkringsgrenarna har ett samband genom att individen berövas sina utkomstmöjligheter genom någon form av sjukdomstillstånd.

För sjukförsäkringens fortsatta utveckling kom LO att bli den drivande kraften. Primärt kom det att gälla karenstiden. Denna var i socialförsäkringsutredningens förslag och i den år 1953 antagna lagen tre dagar. Inom den tidigare olycksfallsförsäkringen hade det inte förekommit någon karenstid varför samordningslösningen i detta avseende ledde till en försämring för de yrkesskadade. För tjänstemännen hade förhandlingarna före 1955 års reform lett till att deras tidigare sjuklöner omvandlats till sjuklön under karenstiden. Inom LO gällde det alltså dels att man var missnöjd med försämringen för de yrkesskadade, dels att tjänstemännens sjuklönearrangemang upplevdes som orättvist. Krav på förbättringar restes vid 1956 och 1961 års LO-kongresser.⁷⁴⁾

I början av 1960 talet sökte LO, utan framgång, att genomdriva en avtalsmässig sjuklön under karenstiden. Då denna väg visade sig oframkomlig valdes en politisk lösning och efter framstötar från LO eliminerades karenstiden 1967. Samtidigt skedde också en viss uppjustering av dagersättningen.

8. Avslutning

Före 1955 års sjukförsäkringsreform utvecklades och verkade olika aktörer i sjukförsäkringsfrågan. Man kan peka på fackliga organisationer, läkare, ämbetsmän inom socialförsäkringsetablissemang, privata försäkringsföretag m fl. Det råder dock ingen tvekan om att den under hela processen starkast verkande aktörsgruppen var sjukkasserörelsen. Sjukkasserörelsen var "folkrörelsernas folkrörelse" och den hade viktiga intressen att bevaka i sjukförsäkringsfrågan.

I ståndpunkter eller beslut som tagits 1891, 1910, 1919, 1931, 1944 och 1953 var sjukkasserörelsen betydelsefull, antingen i kraft av sin blotta existens eller som en direkt drivande kraft. 1891 menade statsmakterna att med ekonomisk uppmuntran skulle sjukkasserörelsen nå "en i det hela tillfredsställande utveckling".⁷⁵⁾ Utvecklingen, omfattningsmässigt sett, blev hygglig, och efter det att sjukkasseförbundet bildats blev rörelsen en mer aktiv politisk kraft. Det var dess initiativ som låg bakom 1910 års förbättringar (och saneringar). 1910 års obligatorieförslag kom från en sjukkassemann (Gibson) och strax härefter anammade (större delen av) rörelsen obligatorieidén. Obligatorieidén, eller åtminstone Gibsons motion, hade sannolikt fått sina impulser från utvecklingen utomlands, särskilt från den då aktuella obligatoriska sjukförsäkringen i Storbritannien. För "folkrörelsernas folkrörelse" var det en självklarhet att en obligatorisk sjukförsäkring skulle vara en s k folkförsäkring, och alltså inte en renodlad arbetarförsäkring.

Att sjukkasserörelsen snabbt anammade obligatorietanken hängde samman med olika skäl. Ett viktigt skäl var den växande maktkampen mellan lokalsjukkassor och rikssjukkassorna. Lokalsjukkassorna ansåg sig långsiktigt hotade och de var just dessa som drev obligatoriefrågan. Ett annat skäl var att en framtida obligatorisk sjukförsäkring sågs som oundviklig dels med beaktande av utländska erfarenheter men framför allt med hänsyn till de obligatoriska socialförsäkringar som då förbereddes i Sverige. Det gällde därför att vara med från början för att bevaka sina intressen och rentav göra nya inbrytningar i en kommande obligatorisk yrkesskadeförsäkring.

Sjukkasserörelsen (dvs lokalsjukkassorna) fick ett stort inflytande på

1919 års modell. Härefter rasar en våldsam och förödande kamp mellan lokal- och rikssjukkassorna och en kompromiss nåddes först omkring 1930 genom det administrativa draget att inrätta såväl lokal- som centralkassor. Bakom 1931 års modell stod också hela sjukkasserörelsen (med få undantag) enig. Sjukkasserörelsen spelade en viktig roll vid konstruktionen av 1944 års modell, som i sina huvuddrag var en obligatorieanpassning av 1931 års modell. 1944 års modell stod i allt väsentligt som förlaga till 1953 års modell med den viktiga skillnaden att det 1953 fanns ett utarbetat förslag till yrkesskadeförsäkringslag.

De idéer som sjukkasserörelsen kämpat för har i allt väsentligt gällt att bevara så mycket som möjligt av sjukkasseorganisationen samt folkförsäkringstanken, inkomstbortfallsprincipen och ett övertagande av yrkessjukdomar och kortare arbetsolycksfall.

Den andra betydelsefulla aktören blev LO. Dess starka engagemang i sjukförsäkringen omkring 1950 berodde bl a på samordningsfrågan. Att samordna sjuk- och olycksfallsförsäkringen ansågs lämpligt redan i diskussionerna på 1890-talet och i 1901 års lag om ersättningsplikt fanns en karenstid på 60 dagar. Under denna period förutsattes explicit (cyniskt nog) att sjukkassorna skulle svara för ersättningen. I den år 1916 tagna lagen om olycksfall fanns samma förutsättning med den skillnaden att det nu var en obligatorisk sjukförsäkring som skulle täcka inkomstbortfallet. Genom sjukförsäkringsfrågans läge på 1920-talet kom olycksfallsförsäkringen att gå sina egna vägar. Karenstiden togs bort och yrkessjukdomar inkluderades. Att de yrkesskadade skulle erhålla en ersättning som stod i relation till bortfallen inkomst har knappast ifrågasatts. Inkomstbortfallsprincipen inom svensk socialförsäkring blev alltså knäsat redan 1916.

Då LO efter andra världskriget ville gå vidare och förbättra försäkringen för de yrkesskadade förutsattes ett gränsöverskridande till sjukförsäkringen. Skulle de yrkesskadade då ej drabbas av en försämring måste samma ersättningsprincip tillämpas inom båda försäkringarna. Fackföreningsrörelsens och sjukkasserörelsens intressen kom alltså att sammanfalla. De två organisationernas agerande i och med stöd av den ekonomiska efterkrigsmiljön bidrog kraftfullt till att sjukförsäkringsfrågan till slut löstes, och detta i överensstämmelse med organisationernas huvudstånd-

punkter.

Gustav Möllers sjukförsäkringsmodell passade inte in i den svenska miljön varken kortsiktigt eller långsiktigt. Kortsiktigt fördröjdes och hindrades den främst av kravet på några års förberedelsetid och härefter främst av statsfinansiella skäl. Modellen passade emellertid ej heller in i en mer långsiktig utveckling. Man vågar påstå att även om modellen skulle ha trätt i kraft hade den knappast förutsättningar att bli långlivad. Den ekonomiska tillväxten och ett successivt växande intresse för frågor kring arbetsmiljö och yrkessjukdomar är här viktiga betingelser. Utvecklingen i England, där man på 1960-talet övergav Beveridgemodellen är belysande.⁷⁶⁾

En viktig strukturell betingelse, som också den talade emot Möllers modell, var att andelen tjänstemän ökade. På 1950-talet kan man förmärka ett växande intresse inom LO för frågan om jämställdhet arbetare/tjänstemän. Tjänstemännen hade sedan tidigare särskilda förmåner som t ex lägre pensionsålder och sjuklön. Om en utjämning ej kunde ske avtalsvägen fick lagstiftning tillgripas. Härtill kommer att den växande andelen tjänstemän, samtidigt som en fortlöpande urholkning sker av dessas status som arbetsgivarnas "förtroendemän", gör gruppen alltmer till en politisk relevant grupp för socialdemokraterna. På 1950-talet börjar man också använda benämningen "löntagare" som en sammanfattande benämning på arbetare och tjänstemän.⁷⁷⁾

Under senare år har Möllers socialpolitiska synsätt uppmärksammats i olika sammanhang.⁷⁸⁾ Inte minst har hans negativa syn på lösningar som föder en stor byråkrati uppmärksammats. Det är inte svårt att i hans sjukförsäkringsmodell finna exempel härpå, t ex enhetsunderstödet. Man finner också lätt exempel på explicita uttalanden av Möller i organisationsfrågan.⁷⁹⁾

När det gäller att värdera Möllers syn på byråkratin så måste man, och vi håller oss här till sjukförsäkringen, emellertid också se till administrativa konsekvenser i övrigt. Åtminstone tre punkter måste beaktas:

1) Möller föreslog en frivillig tilläggsförsäkring utöver enhetsunderstödet. Detta skulle leda till en dubbeladministration inom sjukförsäkringen.

(eftersom enhetsunderstödet skulle finansieras källskattevägen). Om man dessutom antar att den frivilliga försäkringen skulle blivit framgångsrik (och detta vore väl socialt önskvärt) blir den administrativa vinsten tveksam.

2) I Möllers totala modell ingick med all sannolikhet en utbruten yrkes-skadeförsäkring (jfr socialboken 1949 och utvecklingen i England). Detta skulle ha inneburit en stor administrativ komplikation och inte minst besvärligheter för den enskilde.

3) Den totala socialförsäkringsmodellen blev aldrig färdig. Vi vet därför inte hur den slutliga organisationen skulle sett ut. Möller tänkte sig 1926 att sjukkassorna skulle kunna ta över bl a arbetslöshetsförsäkringen. Men då blir det ju inte längre sjukkasor i en folkrörelsemening och den enda konsekventa lösningen blir då socialvårdskommitténs (det är denna som nämns i socialboken 1949). Skulle det över huvud taget i Möllers totalmodell finnas utrymme för levande kassor på folkrörelsegrund?

Finns då för dagens socialpolitiker någon inspiration att hämta ur Gustav Möllers sjukförsäkringsmodell? Paradoxalt nog torde enhetsunderstödet ligga närmast till hands. Möllers modell utgick från en socialpolitisk ideologi i vilken staten skall svara för grundtryggheten och att den egna ansvarskänslan och behoven skall styra den frivilliga påbyggnaden. Detta blev en omöjlig lösning strax efter krigsslutet. Läget idag, och framöver, bjuder på helt andra förutsättningar.

Dagens socialförsäkringssystem är i princip väl etablerat men det har sina problem: delar av systemet är instabila och har märkliga, och uppmärksammade, fördelnings- och incitamentseffekter.⁸⁰⁾ ATP-ersättningen kommer, givet nuvarande regelstruktur, att successsivt omvandlas till ett enhetsunderstöd som allt fler når det s k taket. Den framtida lösningen kan mycket väl innebära att ATP går över i ett nytt folkpensions-system och att inkomstbortfallet utöver taket täcks med privata pensioner och, för de breda löntagargrupperna, med centrala avtalslösningar. Den nuvarande sjukförsäkringen har inte bara drabbats av finansiella problem: man har också fått en komplicerad organisation som innebär att korttids-sjuka inom LO-området erhåller sjukersättning från tre olika håll: för-

säkringskassa, avtalsgruppsjukförsäkring samt avtalsenlig sjuklön. Det finns nu, vilket det inte fanns på Möllers tid, vissa förutsättningar för införandet av ett enhetligt sjuklönesystem.

Socialpolitiska teoretiker på vänsterkanten, t ex Titmuss, har kritiserat socialförsäkringar som innehåller enhetsunderstöd.⁸¹⁾ Sådana anses leda till s k "occupational welfare", med ojämna och orättvisa förmåner och hämmande effekter på arbetsmarknadsrörligheten. Det nya i Sverige just 1951 var inte bara att Möller avgick. Samma år anammade LO idén om centraliserade förhandlingar och under 1960-talet och början av 1970-talet har på centrala avtal grundade sociala förmåner tillkommit.⁸²⁾ Dessa förmåner knutna till anställning får genom sin generella karaktär inte de effekter som Titmuss menade (utifrån främst engelska erfarenheter).

Det är alltså inte omöjligt att den svenska socialförsäkringen framöver utvecklas mot ett system med enhetsunderstöd a la Möller. Ersättning för inkomstbortfallet härutöver kan då bli en frivillig påbyggnad, inte i den mening Möller avsåg med de då gällande förutsättningarna, utan baserad på nutida möjligheter till centrala avtalslösningar.

Notförteckning

1. Se Lindeberg 1949
2. Arbetareförsäkringskommittén 1889, sid 30
3. Motion AK 1884:11 och Elmér 1960
4. Proposition 1891:24 och 1891:25
5. Lindeberg 1949
6. Lindeberg 1949, sid 232
7. Lindeberg 1949, sid 150
8. Lindeberg 1949, sid 133 och Proposition 1910:202 samt Edebalk 1983
9. Ofördelaktigt urval innebär att, givet premien, högriskpersoner finner försäkringen lönsam medan lågriskpersoner anser försäkringen onödigt dyr och väljer att inte skaffa sig försäkringsskydd. Försäkringstagarkollektivet tenderar då få en ogynnsam sammansättning med försäkringsfinansiella problem som följd. I försäkringsteoretisk litteratur används ofta benämningen "adverse selection"
10. Lindeberg 1949, sid 229
11. Proposition 1910:202 och 1910:204
12. Referat öfver förhandlingarna vid andra allmänna sjukkassekonferensen 1907
13. Motion AK 1910:306
14. Protokoll AK 1910:56
15. Särskilda utskottets (Nr 3) utlåtande 1910:9, sid 16
16. Proposition 1916:111, sid 66
17. Sveriges allmänna sjukkasseförbund. Referat över förhandlingarna vid fjärde allmänna sjukkongressen 1913 samt vid Sveriges registrerade sjukkassors allmänna konferens 1913, sid 128
18. Socialförsäkringskommittén. 1. Betänkande och förslag angående allmän sjukförsäkring
19. Socialförsäkringskommittén, sid 39
20. Motion Fk 1920:185
21. Fk 2 Tillf. utskott 1920:29, sid 6
22. SOU 1922:59
23. I Proposition 1926:109 finns sjukkasseförbundets yttrande över be-

sparingskommitténs betänkande. Se också Lindeberg 1949

24. SOU 1925:8

25. Proposition 1928:5 och 1929:184

26. Se t ex Proposition 1930:154

27. Proposition 1931:75

28. SOU 1944:15, sid 105

29. Se t ex Flora & Heidenheimer 1980 och Heclo 1974

30. En sammanfattning av kommitténs arbete finns i Höjer 1951

31. SOU 1944:15

32. SOU 1944:15, kap XIV ägnas åt möjligheter till samordning

33. Se Håkansson 1959, Lewin 1967 och Elmér 1960

34. Beveridge 1942. Beskrivning av bakgrund och den fortsatta utvecklingen finns bl a i Thane 1982

35. Svensk sjukkassetidning 1944, sid 19

36. I t ex Ett genombrott 1944 och i Svensk sjukkassetidning 1945. Att Marklund i sin avhandling konstaterar att socialvårdskommitténs förslag "i mycket stor utsträckning" var präglad av Beveridgeplanen (sid 58) är en gåta

37. Proposition 1946:312

38. Proposition 1946:312, sid 136

39. Protokoll AK 1946:42, sid 13

40. Elmér 1960. Se också Lindblom-Jönsson 1986, Möller 1971, Andersson 1980 samt Jonasson 1976

41. Brevupplysning till författaren från dåvarande statssekreteraren Per Nyström 1989-03-01. Jfr Elmér 1960, sid 94

42. Nyström 1983, sid 221 ff

43. Beveridgeinflytandet nämns bl a i Broberg 1973 och Erlander 1974. Den till svenska översatta skriften är Larsson 1943. Möller och hans statssekreterare Per Nyström besökte också Bevan, som i England genomförde intentionerna i Beveridgeplanen

44. Michanek 1949. Det heter bl a inledningsvis att Gustav Möller är impulsgevare till boken och att han med stort intresse följt dess tillkomst och i många fall hjälpt författaren över missuppfattningarnas och feltolkningarnas fallgropar

45. Michanek 1949, sid 18
46. Lindqvist 1989, sid 67
47. Landsorganisationens berättelse 1944, sid 135
48. Landsorganisationens berättelse 1945, sid 156
49. Landsorganisationens kongressprotokoll 1946, sid 387
50. Therborn 1989, sid 12, Nordin 1988, sid 198 ff
51. Proposition 1948:308
52. Proposition 1950:252
53. Jonasson 1976, sid 67
54. Lundberg 1983, kap 4
55. Enligt brevupplysning till författaren från Per Nyström 1989-03-01
56. SOU 1951:30
57. SOU 1948:39
58. Motion Fk 1948:448
59. I Edebalk 1988 behandlas arbetslöshetsförsäkringen under de här aktuella åren
60. Proposition 1948:235
61. SOU 1951:25
62. Se t ex Svensk sjukkassetidning 1948, sid 234
63. Se t ex Svensk sjukkassetidning 1950, sid 96, 108, 130 och 170 samt Sjukkasseeffolkets tidning 1950:4, sid 1
64. Svensk sjukkassetidning 1951, sid 287
65. Landsorganisationens kongressprotokoll 1951, sid 386
66. Se Edebalk-Wadensjö, kap 2
67. Motion Fk 1950: 539 och Motion AK 1950:630
68. Svensk sjukkassetidning 1950, sid 108
69. SOU 1952:39, sid 79
70. Proposition 1953:178. Reformarbetet beskrivs bl a i Eckerberg 1981 och Broberg 1973
71. SOU 1952:39, sid 116

- 72. SOU 1952:39, sid 208
- 73. Proposition 1954:144
- 74. Edebalk-Wadensjö 1989
- 75. Proposition 1891:24, sid 4
- 76. Sleeman 1973
- 77. Lindqvist 1989, sid 68. Se också Nilsson 1985
- 78. Se t ex Rothstein 1987 och Hermansson-Svensson 1989
- 79. Se t ex Protokoll Fk 1946:43, sid 33 och Protokoll AK 1946:42 sid 11
- 80. Se t ex Eriksen 1988 och SOU 1988:57
- 81. Se t ex Titmuss 1977
- 82. Edebalk-Wadensjö 1989

Referenser

- Andersson, S., På Per Albins tid. Stockholm 1980
- Arbetsareförsäkringskommitténs betänkande. I Utlåtande och förslag. Stockholm 1889
- Arbetarrörelsens efterkrigsprogram. De 27 punkterna med motivering. Stockholm 1944
- Beveridge, W., Social Insurance and Allied Services. London 1942
- Broberg, R., Så formades tryggheten. Stockholm 1973
- Eckerberg, P., "Medborgarnas behov av trygghet". I Nilsson, F., En bok till och om Gunnar Sträng. Stockholm 1981
- Edebalk, P. G., Fackförbundens sjukkassebildande. En studie i facklig självhjälp 1886-1910. Meddelanden från socialhögskolan i Lund 1983:6
- Edebalk, P. G., Från motstånd till genombrott. Den svenska arbetslöshetsförsäkringen 1935-54. Meddelanden från socialhögskolan i Lund 1988:3
- Edebalk, P. G. - Wadensjö, E., Arbetsmarknadsförsäkringar. Rapport till ESO-gruppen. Finansdepartementet 1989 (under utg)
- Elmér, Å., Folkpensioneringen i Sverige. Lund 1960
- Eriksen, T., Vad kan vi lära av grannen? Rapport till ESO, DS 1988:68
- Eriksson, B., "Socialförsäkring och social omvårdnad". I Ett genombrott. Festskrift till Gustav Möllers 60-årsdag. Stockholm 1944
- Erikson, B., "Beveridgeplanen och socialförsäkring i Sverige". Svensk sjukkassetidning 1945
- Erlander, T., 1949-1954. Stockholm 1974
- Flora, P. - Heidenheimer, A. (red), The Development of Welfare States in Europe and North America. New Brunswick & London 1980
- Heclo, H., Modern Social Politics in Britain and Sweden. From Relief to Income Maintenance. New Haven and London 1974
- Hermansson, J. - Svensson, T., "Möller och socialpolitikens principfrågor". Tiden 1989:1
- Håkansson, S-O. (utg), Svenska valprogram 1902-1952. Göteborg 1959
- Höjer, K. J., "Socialvårdskommitténs verksamhet". Sociala meddelanden 1951:10
- Jonasson, G., Per Edvin Sköld 1946-1951. Uppsala 1976
- Landsorganisationen i Sverige. Berättelser

- Landsorganisationen i Sverige. Kongressprotokoll
- Larsson, S., Beveridgeplanen i sammandrag. Stockholm 1943
- Lewin, L., Planhushållningsdebatten. Uppsala 1967
- Lindblom, P. - Jönsson, N-C., Politik och kärlek. Stockholm 1986
- Lindeberg, G., Den svenska sjukkasserörelsens historia. Lund 1949
- Lindqvist, R., "Konflikt och kompromiss vid den allmänna sjukförsäkringens tillkomst". Arkiv Nr 41-42. 1989
- Lundberg, E., Ekonomiska kriser förr och nu. Stockholm 1983
- Marklund, S., Klass, stat och socialpolitik. En jämförande studie av socialförsäkringarnas utveckling i några västliga kapitalistiska länder 1930-75. Lund 1982
- Michanek, E., Socialboken. Stockholm 1949
- Möller, G., Arbetslöshetsförsäkringen jämte andra sociala försäkringar. Stockholm 1926
- Möller, G., "Kan trygghet skapas". Tiden 1947
- Möller, G., "Hågkomster". I Wedin, Å. (red), Arbetarrörelsens årsbok 1971. Stockholm 1971
- Nilsson, T., Från kamratföreningar till facklig rörelse. Lund 1985
- Nordin, R., Facklig arbetarrörelse. Framväxt, Idé, Verksamhet i samhället. Stockholm 1988
- Nyström, P., I folkets tjänst. Historikern, journalisten och ämbetsmannen. Artiklar i urval 1927-1983. Stockholm 1983
- Riksdagens protokoll jämte bihang
- Rothstein, B., "Att administrera välfärdsstaten: några lärdomar från Gustav Möller". Arkiv nr 36-37. 1987
- Sjukkasseeffolkets tidning. Organ för den fristående sjukkasserörelsen
- Sleeman, J. F., The Welfare State. London 1973
- Socialförsäkringskommittén. 1. Betänkande och förslag angående allmän sjukförsäkring. Stockholm 1919
- SOU 1922:59. Socialförsäkringskommittén III. Betänkande och förslag angående offentlig arbetsförmedling och statsbidrag till arbetslöshetskassor
- SOU 1925:8 Betänkande med utredning och förslag angående socialförsäkringens organisation avgivet av Statens besparingskommitté

SOU 1944:15 Socialvårdskommitténs betänkande VII: Utredning och förslag angående lag om allmän sjukförsäkring

SOU 1948:39 Socialvårdskommitténs betänkande XVI: Utredning och förslag angående lag om obligatorisk arbetslöshetsförsäkring

SOU 1951:25 Socialvårdskommitténs betänkande XIX: Utredning och förslag angående yrkesskadeförsäkringslag m m

SOU 1951:30 1950 års långtidsutredning. Ekonomiskt långtidsprogram
1951:55

SOU 1952:39 Socialförsäkringsutredningen. Sjukförsäkring och Yrkesskadeförsäkring

SOU 1988:57 Pensionssystemets stabilitet. Rapport till Pensionsberedningen

Svensk sjukkassetidning. Organ för Svenska sjukkasseförbundet

Svenska Metallindustriarbetareförbundet. Kongressprotokoll

Sveriges Allmänna Sjukkasseförbund. Referat över förhandlingarna vid sjukkongresser

Thane, P., The Foundations of the Welfare State. Social Policy in Modern Britain. London & New York 1982

Therborn, G., "Arbetarrörelsen och välfärdsstaten". Arkiv Nr 41-42. 1989

Titmuss, R. M., Social policy. An Introduction. Edited by Brian Abel-Smith and Kay Titmuss. London 1977

I serien **MEDELANDEN FRÅN SOCIALHÖGSKOLAN** har tidigare utkommit:

- 1981:1 **FOSTERBARNSVÅRD OCH EKONOMI** av Peter Westlund
- 1981:2 **EN ALKOHOLENKÄT – OCH VAD SEN DÅ? En modell för alkoholundervisning i en sjätte klass** av Inger Farm och Peter Andersson
- 1981:3 **PSYKOLOGIN I SOCIALT ARBETE: EN PEDAGOGISK DISKUSSION** av Eric Olsson och Christer Lindgren
- 1982:1 **VAD BÖR EN KURATOR KUNNA?** av Karin Stenberg och Britta Stråhlén
- 1982:2 **LVM BAKGRUND OCH KONSEKVENSER** av Peter Ludwig och Peter Westlund
- 1982:3 **INSYN – ETT FÖRSÖK TILL INSYN I ARBETSMILJÖN PÅ EN SOCIALFÖRVALTNING. En intervjuundersökning** av Pia Bivered, Kjell Hansson, Margot Knutsson och P-O Nordin
- 1983:1 **AVGIFTER PÅ SOCIALA TJÄNSTER – principer och problematik** av Per Gunnar Edebalk och Jan Petersson
- 1983:2 **EN INDELNING AV RÄTTEN – hjälpmedel vid inläsning av juridiska översiktskurser** av Lars Pelin
- 1983:3 **OM SOCIALA OMRÅDESBESKRIVNINGAR** av Verner Denvall, Tapio Salonen och Claes Zachrisson
- 1983:4 **DE MANLIGA FOLKPENSIONÄRERNA I ESLÖV – Arbete, inkomst och levnadsförhållanden 1945–1977. Del I Förhållandena 1977** av Åke Elmér
- 1983:5 **PSYKOLOGISKA FÖRKLARINGSMODELLER I SOCIALT ARBETE** av Alf Ronnby
- 1983:6 **FACKFÖRBUNDENS SJUKKASSEMBILDANDE. EN STUDIE I FACKLIG SJÄLVHJÄLP 1886–1910** av Per Gunnar Edebalk
- 1984:1 **DE MANLIGA FOLKPENSIONÄRERNA I ESLÖV – Arbete, inkomst och levnadsförhållanden 1945–1977. Del II Utvecklingen 1945–1977** av Åke Elmér
- 1984:2 **FRÅGETEKNIK FÖR KVALITATIVA INTERVJUER – En sammanställning** av Hans-Edvard Roos
- 1984:3 **AKTIONSFORSKNING SOM FORSKNINGSSTRATEGI** av Kjell Hansson
- 1984:4 **FÖRÄNDRINGSPROCESSER INOM GRUPPER OCH ORGANISATIONER I PSYKOLOGISK OCH SOCIALPSYKOLOGISK BELYSNING** av Eric Olsson (SLUT)
- 1984:5 **ROLLSPEL – TILLÄMPNING OCH ANALYS** av Kjell Hansson
- 1985:1 **IDROTT OCH PSYKOSOCIALT ARBETE** av Kjell Hansson
- 1986:1 **ARBETSMILJÖ PÅ HEM FÖR VÅRD OCH BOENDE** av Leif Roland Jönsson
- 1986:2 **DE MANLIGA FOLKPENSIONÄRERNA I ESLÖV – Arbete, inkomst och levnadsförhållanden 1945–1977 (1983). Del III Utvecklingen inom oförändrade grupper** av Åke Elmér
- 1986:3 **UNGDOMAR, SEXUALITET OCH SOCIALT BEHANDLINGSARBETE PÅ INSTITUTION – Intervjuundersökning bland personalen på tre hem för vård eller boende i Skåne** av Maud Gunnarsson och Sven-Axel Månsson

- 1987:1 **FATTIGVÅRDEN INOM LUNDS STAD - den öppna fattigvården perioden 1800-1960** av Verner Denvall och Tapio Salonen
- 1987:2 **FORSKNINGSETIK OCH PERSPEKTIVVAL** av Rosmari Eliasson (SLUT)
- 1987:3 **40 ÅRS SOCIONOMUTBILDNING I LUND** av Åke Elmér
- 1987:4 **VÄLFÄRD PÅ GLID - RESERAPPORT FRÅN ENGLAND** av Verner Denvall och Tapio Salonen
- 1987:5 **ATT STUDERA ARBETSPROCESSEN INOM SOCIALT BEHANDLINGSARBETE** av Leif Roland Jönsson
- 1987:6 **SOCIALTJÄNSTLAGEN OCH UNGA LAGÖVERTRÄDARE** av Anders Östnäs
- 1987:7 **FORSKAREN I FÖRÄNDRINGSPROCESSEN** av Eric Olsson
- 1988:1 **EN UPPFÖLJNING AV BARN SOM SKILTS FRÅN SINA FÖRÄLDRAR** av Gunvor Andersson
- 1988:2 **THE MAN IN SEXUAL COMMERCE** av Sven-Axel Månsson
- 1988:3 **FRÅN MOTSTÅND TILL GENOMBROTT. DEN SVENSKA ARBETSLÖSHETSFÖRSÄKRINGEN 1935-54** av Per Gunnar Edebalk
- 1988:4 **MALMÖ - i kulmen av fattigdomscykeln** av Tapio Salonen
- 1988:5 **PROJEKT ÖSTRA SOCIALBYRÅN - en processbeskrivning av ett förändringsarbete med förhinder** av Anna Meeuwisse
- 1988:6 **UTDELNINGEN AV SPRUTOR TILL NARKOMANER I MALMÖ OCH LUND** av Bengt Svensson
- 1988:7 **HEMTJÄNSTEN PÅ 2000-TALET** red av Peter Andersson
- 1989:1 **FATTIGLIV** av Gerry Nilsson
- 1989:2 **MAKT OCH MOTSTÅND - aspekter på behandlingsarbetets psykosociala miljö** av Leif R Jönsson
- 1989:3 **FOSTERHEMSFÖRVALTNINGEN** av Bo Vinnerljung

Exemplar kan rekvireras från socialhögskolans expedition, adress Socialhögskolan, Box 23, 221 00 LUND



LUNDS UNIVERSITET
Socialhögskolan

Box 23
221 00 Lund
046-10 70 00