Socialförsäkringsrapport 2025:9
Social Insurance Report

Sjukersättning 2003–2023 – en kunskapssammanställning

Utgivare: Försäkringskassan
Avdelningen för ledningsstöd och analys

Upplysningar: Johanna Nyman
010- 112 61 95
johanna,nyman@forsakringskassan.se

Webbplats: www.forsakringskassan.se

Förord

Sjukersättning infördes 2003 och syftar till att ge ekonomisk trygghet till personer med stadigvarande nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom, skada eller funktionsnedsättning. Dels genom inkomstrelaterad sjukersättning, som ger en inkomsttrygghet för personer som har arbetat och haft inkomster. Dels genom sjukersättning på garantinivå, som ger en grundtrygghet oavsett tidigare arbetsförmåga eller tidigare inkomster. I denna rapport sammanställer vi befintlig kunskap om sjukersättningen.

Sedan sjukersättningen infördes har den genomgått stora förändringar och nyttjandet av ersättningen har minskat kraftigt. Minskningen gäller emellertid enbart kombinerad eller inkomstrelaterad sjukersättning, medan nyttjandet av endast garantiersättning har stigit något. Sjukersättningen har alltså blivit en mindre vanlig väg ut ur arbetslivet, och ger på senare år en större andel av mottagarna ekonomisk grundtrygghet än tidigare.

Levnadsstandarden bland hushåll där någon har sjukersättning har stigit under de senaste decennierna. Samtidigt har skillnaderna i disponibel inkomst mellan hushåll där någon har sjukersättning och hushåll som inte har det ökat. Under senare år har en majoritet av hushåll med sjukersättning haft relativt låg inkomst. Stigande reallöner har också lett till att fler som arbetar har inkomster över sjukersättningens prisindexerade tak, som därmed inte täcks vid ett nybeviljande av sjukersättning.

Det minskande nyttjandet av sjukersättningen väcker frågor om hur försörjningen har förändrats för personer som har långvarigt men inte stadigvarande nedsatt arbetsförmåga. Det är inte helt känt i vilken grad dessa personer förflyttats inom sjukförsäkringen respektive har sina inkomster från andra inkomstkällor, som arbete. Det kommer också att vara viktigt att fortsätta följa hur den ekonomiska standarden utvecklas bland personer med sjukersättning. Särskilt med uppdelning efter om personerna haft inkomstrelaterad sjukersättning eller ersättning på garantinivå. Sådana studier kan bidra med viktiga underlag för att bedöma huruvida sjukersättningens syfte uppnås.

Johanna Nyman har varit projektledare och tillsammans med Agneta Nilsson och Malin Junestav skrivit rapporten. Uttag och sammanställning av registerdata har genomförts av Jonatan Nikander. Stort tack till intern kvalitetsgranskare Jon Dutrieux och extern kvalitetsgranskare Lisa Laun, IFAU, som bidragit med värdefulla synpunkter. Under arbetets gång har Raisa Volotinen, Ulrik Lidwall, Alma Wennemo Lanninger och Hampus Granberg bistått med värdefullt stöd. Susanna Wanander har varit ansvarig chef och projektägare.

Stockholm, september 2025

Nils Öberg

Innehåll

Socialförsäkringsrapport 2025:9 1

Sjukersättning 2003–2023 – en kunskapssammanställning 1

Förord 2

Innehåll 3

Sammanfattning 5

I början av 2000-talet var sjukfrånvaron hög, och många lämnade arbetslivet i förtid 5

Sedan 2005 har antalet med sjukersättning mer än halverats 6

Förändringar i sjukförsäkringen har bidragit till minskningen 6

Sjukersättning är vanligare bland äldre, kvinnor och personer med låg socioekonomisk standard 6

Psykiatriska diagnoser vanligast, sedan slutet av 00-talet 7

Få arbetar eller studerar, ännu färre lämnar ersättningen för att återgå i arbete 7

Levnadsstandarden har stigit, men minskar jämfört med dem som arbetar 7

Viktigt att fortsätta följa den ekonomiska standarden bland personer med sjukersättning 7

1.Inledning 8

Syfte och metod 9

Avgränsningar 9

Disposition 10

2. Sjukersättningens mål och regelverk 11

Mål för sjukersättningen 2003–2025 11

Utvecklingen av reglerna för sjukersättningen 13

Sjukersättningens nuvarande regelverk 22

3.Hur många har sjukersättning, och hur har det förändrats över tid? 26

Förändringar i antalet personer med sjukersättning 2003–2023 26

Några samhällsfaktorer med långsiktig betydelse 35

4.Vem har sjukersättning? 41

Fler kvinnor än män har sjukersättning 41

Fler äldre har sjukersättning 43

Nyttjandet av sjukersättning är högre bland personer med lägre socioekonomisk standard 48

Vanligast med sjukersättning i ensamhushåll 49

Allt större andel har en psykiatrisk diagnos 50
Regionala skillnader i nyttjandet av sjukersättning 52
Minskande skillnader mellan inrikes och utrikes födda 54

5.Hur används möjligheten till arbete eller studier vid sjukersättning? 57
De flesta med partiell sjukersättning arbetar 57
Få använder sig av möjligheter till steglös avräkning och vilande ersättning 59
Mycket få lämnar sjukersättningen för att återgå i arbete 65

6.Ekonomisk standard bland personer med sjukersättning 68
Målet om ekonomisk trygghet och sjukersättningens konstruktion 68
Ökande real men minskande relativ ekonomisk standard bland personer med sjukersättning 73
Minskande andel försäkrad arbetsinkomst i sjukersättningen 78

7.Diskussion 80
Vad händer med dem som har bristande arbetsförmåga, men inte har rätt till sjukersättning? 80
Fördjupade studier om ekonomisk standard och ekonomisk trygghet 82

Referenser 84
Rapporter 84
Forskning 86
Förarbeten 87
Statliga utredningar 88
Artiklar 88
Webbsidor 88
Domar 88
Försäkringskassans vägledningar 88
Statistik 88

Sammanfattning

I denna kunskapssammanställning beskrivs sjukersättningen och dess utveckling åren 2003–2023, med fokus på fem områden:

- sjukersättningens mål och regelverk
- antalet personer som har mottagit sjukersättning över tid, och vad som påverkat utvecklingen av antalet
- vilka grupper som har mottagit sjukersättning, och varför
- hur mottagarna har använt möjligheten att arbeta eller studera under tiden med ersättning
- mottagarnas ekonomiska trygghet och ekonomiska standard.

Vi resonerar också om behovet av framtida studier.

I början av 2000-talet var sjukfrånvaron hög, och många lämnade arbetslivet i förtid

Under slutet av 1900-talet varierade sjukfrånvaron och ohälsan kraftigt. Efter en period med högre arbetslöshet och färre sjukskrivningar, var sjukfrånvaron åter hög under slutet av 1990-talet och början på 2000-talet. Antalet personer med förtidspension eller sjukbidrag hade samtidigt ökat stadigt sedan 1980-talet.[1]

Sjuk- och aktivitetsersättningen introducerades 2003. Då hade det länge funnits politiska ambitioner om att öka återgången i arbete vid långvariga sjukfall.[2] Vid införandet tog sjukersättningen över den funktion som förtidspensionen och sjukbidraget hade haft inom pensionssystemet, och placerades i stället inom sjukförsäkringen.

Det var ett uttalat syfte att sjukersättningen inte skulle ses som ett slutgiltigt tillstånd med permanent ersättning fram till pensionen.[3] Om personen fortfarande kunde arbeta i någon utsträckning, skulle dennes arbetsförmåga tas tillvara.

För att öka individens drivkraft att arbeta infördes större möjligheter att pröva att arbeta utan att förlora rätten till ersättningen.[4] Sedan dess har möjligheterna ökats ytterligare för personer med sjukersättning att arbeta och studera utan att förlora rätten till ersättning.

---

1 ISF (2023c).

2 Försäkringskassan (2025b).

3 Unga med långvarigt nedsatt arbetsförmåga mellan 19 och 29 år skulle ges särskilt stöd genom aktivitetsersättningen.

4 Personer som beviljats sjukersättning före 1 juli 2008 kan arbeta med steglös avräkning, medan personer som beviljats efter 1 juli 2008 kan pröva att arbeta samtidigt som sjukersättningen är vilande.

Sedan 2005 har antalet med sjukersättning mer än halverats

Antalet som lämnade arbetslivet i förtid via sjukersättningen fortsatte att öka till år 2005, när drygt 540 000 personer hade sjukersättning, alltså 9,8 procent av befolkningen i arbetsför ålder[5].

Sedan 2005 har antalet minskat markant. Antalet minskade årligen fram till 2022, men steg därefter något. År 2023 hade drygt 220 000 personer sjukersättning, vilket motsvarade 3,6 procent av befolkningen i arbetsför ålder.[6]

Förändringar i sjukförsäkringen har bidragit till minskningen

Flera faktorer påverkar hur många som har sjukersättning, bland annat regelverket för ersättningen, andra delar av socialförsäkringen samt arbetsmarknadens struktur, alltså vilka yrken och branscher människor arbetar inom.

Att allt färre fick sjukersättning efter 2005 beror bland annat på lagändringar inom sjukförsäkringen och borttagandet av tidsbegränsad sjukersättning. Att antalet steg 2023 förklaras dels av höjningen av riktåldern för allmän pension, vilket innebär att personer stannar kvar i sjukersättningen ett år längre[7], dels av att fler äldre beviljas sjukersättning på grund av lagändringar i september 2022.[8]

Sjukersättning är vanligare bland äldre, kvinnor och personer med låg socioekonomisk standard

Trots att nyttjandet av sjukersättning har minskat i alla grupper tycks många skillnader mellan grupperna bestå. Exempelvis är sjukersättning vanligare bland personer med lägre utbildning och lägre inkomster. En förklaring är att dessa ofta arbetar i yrken och branscher med sämre arbetsmiljö.

Det är vanligare bland kvinnor än män att ha sjukersättning. Det förklaras främst av att kvinnor har fler och längre sjukfall än män. Vanliga delförklaringar till detta är att kvinnor i större utsträckning arbetar inom yrken och branscher med sämre arbetsmiljö, oavsett utbildningsnivå, och att de samtidigt tar ett större ansvar för hem och familj.[9]

Nyttjandet av sjukersättning stiger med åldern, bland både kvinnor och män. Men nyttjandet stiger i högre grad bland kvinnor. Vår statistik tyder på att det är

---

5 Avser befolkningen i åldrarna 19–65 år.

6 Avser befolkningen i åldrarna 19–65 år.

7 Ändringarna i pensionssystemet innebär att åldersgränserna i socialförsäkringen anpassas. För sjukersättningen höjdes den högsta tillåtna åldern från 64 till 65 år från och med januari 2023. Från och med 2026 knyts åldersgränsen till riktåldern, vilket innebär att den högsta tillåtna åldern höjs ytterligare, från 65 till 66 år. Källa: Departementsserien, DS 2019:2 Höjda åldersgränser i pensionssystemet och i andra trygghetssystem.

8 Dessutom har ärendeköer i handläggningen arbetats bort i en högre omfattning än tidigare.

9 Försäkringskassan (2025b).

vanligare bland kvinnor att förlora arbetsförmågan under tiden på arbetsmarknaden[10].

Psykiatriska diagnoser vanligast, sedan slutet av 00-talet

Andelen mottagare med psykiatrisk diagnos har stigit under perioden. År 2003 var sjukdomar i rörelseorganen den vanligaste diagnostypen, och psykiatriska diagnoser näst vanligast, med 38 respektive 30 procent av mottagarna. Sedan slutet av 00-talet är psykiatriska diagnoser vanligast. 2023 hade över hälften en psykiatrisk diagnos.

Få arbetar eller studerar, ännu färre lämnar ersättningen för att återgå i arbete

Trots förflyttningen till sjukförsäkringen behåller majoriteten av mottagarna vanligtvis sjukersättningen till ålderspensionen. Mycket få lämnar ersättningen tidigare än så, och få använder möjligheten att arbeta eller studera med ersättningen vilande, eller enligt systemet med steglös avräkning [11]. Det är på sätt och vis väntat, särskilt sedan lagändringarna 1 juli 2008, när kraven för att få sjukersättning skärptes.

Levnadsstandarden har stigit, men minskar jämfört med dem som arbetar

Levnadsstandarden bland personer med sjukersättning har stigit sedan 2003. Den genomsnittliga disponibla inkomsten i hushåll där någon har sjukersättning har stigit över tid.[12] Samtidigt har garantinivån för ersättningen höjts, så att dess köpkraft har stigit.

Parallellt har dock reallöneökningarna de senaste decennierna medfört att levnadsstandarden stigit mer för dem som arbetar. Därmed har skillnaderna ökat mellan hushåll med sjukersättning och hushåll som inte har det.

Viktigt att fortsätta följa den ekonomiska standarden bland personer med sjukersättning

Tidigare studier har undersökt den ekonomiska standarden bland personer med sjukersättning. De visar däremot inte utvecklingen uppdelat på personer med inkomstrelaterad respektive garantiersättning. Det vore värdefullt med fördjupade studier med denna indelning. Sådana studier skulle också kunna undersöka hur sjukersättningen bidrar till berörda gruppers ekonomiska trygghet. I kapitel 7 beskriver vi ytterligare förslag till framtida studier.

---

[10] Nyttjandet bland personer som är yngre än 40 år är högre bland män än kvinnor. Bland personer som är 40 år eller äldre är nyttjandet högre bland kvinnor än män.

Nyttjandet av garantiersättning var likartat för män och kvinnor under hela perioden, men nyttjandet av ersättning baserad på inkomst är högre bland kvinnor.

[11] Steglös avräkning innebär att personer som beviljats sjukersättning före 1 juli 2008 kan arbeta och tjäna pengar utan att riskera att förlora sin sjukersättning. Istället minskas sjukersättningen i förhållande till inkomsterna från arbetet, vilket gör det möjligt att kombinera arbete och ersättning.

[12] Avser personer med sjukersättning som är 30 år eller äldre.

1.Inledning

År 2003 flyttades de tidigare förmånerna *förtidspension* och *sjukbidrag* från pensionssystemet till sjukförsäkringen, och fick namnet *sjukersättning*. Tillsammans med andra ersättningar inom sjukförsäkringen fyller sjukersättningen en viktig funktion för att säkra att personer i Sverige kan försörja sig, även i perioder utan arbetsförmåga.

Sjukförsäkringen består i huvudsak av två delar. Sjukpenning ger ett skydd från att förlora arbetsinkomst för den som har tillfälligt nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom. Sjukersättning ger ett ekonomiskt skydd till den som bor eller arbetar i Sverige, som bedöms ha stadigvarande oförmåga att kunna arbeta heltid. Dessutom finns samordnad rehabilitering[13] och aktivitetsersättning[14].

Sjukersättningen har i sin tur två delar, med två olika principiella syften. Sjukersättning på **garantinivå** ger en grundtrygghet för personer som bor i Sverige att kunna försörja sig om de inte kan arbeta. Den kan beviljas oavsett tidigare arbetsförmåga eller tidigare inkomster. **Inkomstrelaterad** sjukersättning ger en trygghet för personer som har arbetat och haft inkomster, att kunna behålla en viss del av sina inkomster[15], även vid förlorad arbetsförmåga.

Eftersom sjukersättning beviljas till dem som inte bedöms kunna arbeta heltid igen, innebär varje beviljande stora belopp över tid. I december 2023 hade 223 700 personer sjukersättning, och utbetalningarna uppgick vid samma tidpunkt till 31 miljarder kronor. Det motsvarade 13 procent av utgifterna för de ersättningar som administreras av Försäkringskassan (exklusive administration). Sjukersättningen var därmed den tredje största utgiften bland ersättningarna.[16]

Trots sjukersättningens viktiga funktion har den på senare år inte uppmärksammats lika mycket som exempelvis sjukpenningen.[17] Därför samlar vi i denna rapport stora delar av den kunskap som finns om sjukersättning.

---

[13] Försäkringskassan har i uppdrag att samordna rehabiliteringsinsatser för personer som har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom. Det omfattar både anställda och arbetslösa, och oavsett om personen har sjukpenning, sjukersättning eller aktivitetsersättning. Samordningsuppdraget innebär att Försäkringskassan i samråd med individen ser till att individens behov av rehabilitering klarläggs och verkar för att insatserna genomförs.

[14] Aktivitetsersättning kan beviljas till personer 19–29 år. Under tiden med ersättningen kan den försäkrade få stöd att börja arbeta. Ersättningen är alltid tidsbegränsad och kan som längst beviljas för 3 år. Om personen vill ha ersättning för ytterligare en period behöver hen göra en ny ansökan.

En person kan få aktivitetsersättning även om hen behöver förlängd skolgång – ytterligare studietid på grund av att funktionsnedsättningen har orsakat att man inte kunde avsluta sina grundskole- eller gymnasiestudier före den 1 juli det år man fyller 19 år.

[15] Inkomstrelaterad sjukersättning ges upp till ett tak. En person som har arbetat och inte har sjukersättning sedan tidigare får 64,7 procent av sin genomsnittliga inkomst under de senaste åren.

[16] De övriga två var sjukpenning (42,9 miljarder) och föräldrapenning (32,8 miljarder).

[17] Under 2019–2023 har Försäkringskassan publicerat 78 rapporter som helt eller delvis berör sjukpenning. Motsvarande siffra är 19 för sjukersättning. De format som ingår är svar på regeringsuppdrag, socialförsäkringsrapporter, pm, korta analyser och arbetsrapporter. Den stora skillnaden är att nästan alla rapporter om sjukersättning är svar på regeringsuppdrag, medan det för sjukpenning finns fler rapporter som Försäkringskassan själva har initierat. Källa: Försäkringskassans hemsida www.forsakringskassan,se/publikationer.

Syfte och metod

I rapporten sammanställer vi befintlig kunskap om sjukersättningen åren 2003–2023.[18] Vid behov har kunskapen kompletterats med deskriptiv statistik från Försäkringskassans register. Syftet med rapporten är att sammanfatta utvecklingen och ge en kunskapsbas som gör det möjligt att

- få ökad förståelse för sjukersättningens mål, regelverk, utveckling och nuvarande förutsättningar
- analysera utvecklingen av den ekonomiska trygghet som sjukersättningen ger samt levnadsstandarden bland personer med sjukersättning
- få en bred bild av nuvarande och framtida utmaningar.

I rapporten pekar vi även på kunskapsluckor och behov av vidare studier.

För att uppnå syftet med att sammanställa befintlig kunskap gjorde vi först en genomgång av de statliga utredningar som berör sjukersättning. I statliga utredningar beskrivs exempelvis utvecklingen av regelverk och antalet personer som får sjukersättning. De har även hänvisningar till tidigare studier om sjukersättning, vilka i sin tur har hänvisningar till ytterligare rapporter. Vi har framförallt använt rapporter från myndigheter. Vi sökte också på Google Scholar efter publicerad forskning om sjukersättning.

Vi har valt ut rapporter och annan publicerad forskning som ger kunskap om våra fem fokusområden:

- sjukersättningens mål och regelverk
- antalet personer som har mottagit sjukersättning över tid, och vad som har påverkat utvecklingen av antalet
- vilka grupper som har mottagit sjukersättning, och varför
- hur mottagarna har använt möjligheten att arbeta eller studera under tiden med ersättning
- mottagarnas ekonomiska trygghet och levnadsstandard.

Vi har strävat efter att söka brett, men vi kan ha missat vissa relevanta studier, till exempel i andra vetenskapliga databaser än Google Scholar. Sammanställningen ska alltså inte ses som heltäckande. Förhoppningsvis ger den ändå en god bild av sjukersättningens utveckling, med stöd av tidigare forskning, studier och statliga utredningar.

Avgränsningar

Vi redogör inte för bostadstillägget som är ett bosättningsbaserat skattefritt inkomstprövat tillägg som bland annat kan betalas ut till den som har sjukersättning. Bostadstillägget inkluderas dock i den disponibla inkomsten för personer med sjukersättning, och därmed i vår analys av denna.[19]

[18] För att ge en överblick av vilka möjligheter till ersättning vid långvarig nedsättning av arbetsförmågan som funnits i Sverige från införandet av den allmänna pensionen år 1913 så finns det i kapitel 2 en historisk tillbakablick. Efter det ligger fokus på att beskriva den kunskap som publicerats sedan 2003.

[19] I kapitel 6 beskriver vi hur bostadstillägg påverkar den enskildes ekonomi.

Vi berör inte heller felaktiga utbetalningar (FUT) i relation till sjukersättningen.

Disposition

Kapitel 2 redogör för regeringens mål för sjukersättningen, vilka möjligheter som funnits att få ersättning vid långvarig nedsättning av arbetsförmågan sedan införandet av den allmänna pensionen år 1913 fram till införandet av förtidspension, samt sjukersättningens regelverk 1999–2023.

Kapitel 3 rör antalet personer med sjukersättning, hur det har utvecklats 2003–2023 och de huvudsakliga förklaringarna till utvecklingen.

I kapitel 4 beskrivs mottagargrupperna av sjukersättning och hur detta har förändrats 2003–2023.

Kapitel 5 rör hur personer med sjukersättning använder möjligheten att studera eller arbeta under tiden med sjukersättning.

I kapitel 6 beskrivs utvecklingen av den ekonomiska trygghet som sjukersättningen ger och vilken ekonomisk standard som personer med sjukersättning i praktiken har haft 2003–2023.

Kapitel 7 innehåller en avslutande diskussion om utvecklingen 2003–2023, förslag till ytterligare studier samt befintliga och potentiella utmaningar.

2. Sjukersättningens mål och regelverk

För att få en förståelse för vad som har krävts och numera krävs för att en person kan beviljas sjukersättning ger vi i kapitlet först en beskrivning av riksdagens och regeringens mål för sjukersättningen, därefter av reglernas utveckling fram till 2023.

Mål för sjukersättningen 2003–2025

Regleringsbrevet är ett av regeringens verktyg för att styra Försäkringskassans arbete, och där skiljs sjukpenning och sjukersättning vanligtvis inte åt när regeringen beskriver målen för sjukförsäkringen. Men både sjukpenning och sjukersättning har vid ett antal tillfällen haft separata mål som handlat om att antalet respektive längden på sjukfall samt antalet beviljanden av sjukersättning ska minska. För sjukersättning har det hänt vid två tillfällen under perioden 2003–2025: År 2003 respektive 2016.

Målet för sjukförsäkringen har sedan 2019 i stort sett varit oförändrat och utan separata mål för sjukpenning respektive sjukersättning.[20] Så här lyder målet i Försäkringskassans regleringsbrev för 2025:

> Sjukförsäkringen ska ge ekonomisk trygghet vid nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom och ett effektivt stöd för återgång i arbete. För att motverka långvarig sjukfrånvaro ska Försäkringskassan tidigt i sjukfallen klarlägga behov av rehabilitering och verka för att åtgärder vidtas för en effektiv rehabilitering.

2003: Mål att halvera antalet sjukskrivningar och minska antalet nybeviljade sjukersättningar

När antalet sjukskrivna personer ökade kraftigt runt år 2000 formulerade regeringen ett mål för minskad sjukfrånvaro i budgetpropositionen för 2003. Det innebar att frånvaro från arbetslivet på grund av sjukskrivning skulle halveras fram till 2008, i förhållande till utgångsläget 2002. Samtidigt skulle antalet nya sjuk- och aktivitetsersättningar minska. Det separata målet för sjukersättning löd som följer:

> Sjuk- och aktivitetsersättning ersätter dagens förtidspensioner år 2003. Målet för denna del uppnås om antalet nybeviljade ersättningar åren 2003–2007 i genomsnitt är lägre än antalet nybeviljade förtidspensioner år 2002.[21]

[20] Målet 2023–2024 hade samma lydelse som 2025. För 2019–2022 var det snarlikt och löd *”Sjukförsäkringen ska ge ekonomisk trygghet vid sjukdom och ett effektivt stöd för att individen ska återfå arbetsförmågan och återgå i arbete”.*

[21] Prop. 2002/03:1 utgiftsområde 10, s. 8.

Halveringsmålet behölls fram till och med 2006. Målet för sjuk- och aktivitetsersättning ändrades 2005 till det något mer oprecisa ”parallellt skall antalet nya aktivitets- och sjukersättningar minska”.

2007: Infördes mer övergripande mål

År 2007 ersattes de båda målen av tre mål av mer övergripande karaktär, som kan tolkas att framför allt avse sjukpenning.

1. Försäkringskassan skall bidra till att förebyggande åtgärder vidtas för minskad sjukfrånvaro.
2. Försäkringskassan skall verka för en väl fungerande sjukskrivningsprocess som ger rätt ersättning i rätt tid och syftar till att arbetsförmåga tillvaratas och att den enskildes möjlighet till försörjning genom eget arbete ökar. Kvinnors ohälsa skall särskilt beaktas.
3. Försäkringskassan skall bidra till ökad kunskap om resultat av vidtagna åtgärder för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro.

2008 ändrades mål 2 något och inkluderade även sjukersättning:

> Försäkringskassan ska verka för en väl fungerande sjukskrivningsprocess som präglas av tidiga och aktiva insatser dels för att undvika långvarig sjukfrånvaro dels för att fler personer som har sjukpenning under längre tid eller sjuk- och aktivitetsersättning återfår arbetsförmågan och ges förutsättningar att återgå i arbete.

2009: Mål att sjukfrånvaron ska vara långsiktigt stabil och låg

I regleringsbrevet finns, utöver regeringens mål för sjukförsäkringen, även det av riksdagen beslutade målet att ”frånvaron från arbete på grund av sjukdom ska ligga på en långsiktigt stabil och låg nivå”. Detta mål har funnits med i Försäkringskassans regleringsbrev 2009–2025.[22] I budgetpropositionen för 2025 framgår att målet mer specifikt innebär följande:[23]

1. Sjukfrånvaron ska inte variera mer än inom ramen för normala säsongsvariationer.
2. Osakliga regionala skillnader i sjukfrånvaron ska inte förekomma.
3. Skillnaden i sjukfrånvaron mellan kvinnor och män ska minska.

I likhet med målet för 2007 kan detta mål tolkas som att framför allt avse sjukpenning, även om det inte explicit uttrycks i texten.

---

[22] Prop. 2008/09:1 utgiftsområde 10, s. 10.

[23] Vad målet specifikt innebär har förändrats något över tid. För samtliga år 2010–2025 har punkt 1 varit oförändrad och alltid funnits med i budgetpropositionen för respektive år. Under perioden 2010–2013 löd punkt 2 *regionala skillnader i sjukfrånvaron ska minska* för att från och med 2014 ändras och ha samma lydelse som 2025. Under perioden 2010–2019 löd punkt 3 *nivån på sjukfrånvaron ska vara i linje med genomsnittet för länder med motsvarande system och motsvarande förmåner inom EU och OECD* för att från och med 2020 ändras och ha samma lydelse som 2025.

2016: Mål att minska antalet dagar med sjukpenning och antalet nybeviljanden av sjukersättning

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) konstaterar i en tidigare studie att regeringen under hösten 2015 bedömde att det övergripande målet inte var uppfyllt, om att frånvaron från arbete på grund av sjukdom ska ligga på en långsiktigt stabil och låg nivå.[24] Detta menar ISF föranledde regeringen att i regleringsbrevet för 2016 komplettera med två separata mål för sjukpenning respektive sjukersättning.

För sjukpenning infördes det i media omtalade målet att sjukpenningtalet skulle minska från dåvarande 10,5 till 9,0 sjukdagar före utgången av 2020.[25] Samtidigt infördes ett mål med ett ”tak” för hur många personer som skulle kunna beviljas sjukersättning för första gången, så kallade ”nybeviljanden”:

> Försäkringskassan ska även verka för att sjukpenningtalet i december 2020 inte överstiger 9,0 dagar. Samtidigt ska antalet nybeviljade sjukersättningar inte överstiga 18 000 i genomsnitt per år under 2016–2020. Skillnaden i sjukpenningtal mellan kvinnor och män ska också minska.

I en statlig utredning framhålls att taket för antal nybeviljanden sannolikt främst utgjorde en signal till Försäkringskassan om att avsikten med halveringsmålet inte var att försäkrade, för att få ned sjukpenningtalet, i stället skulle beviljas sjukersättning.[26] Målet ändrades i april 2018 bland annat genom en kompletterande skrivning där det lyfts att ”*målen ska nås i samverkan med och genom insatser av arbetsgivare, myndigheter och andra berörda aktörer. En del är att sjukfrånvarons arbetsrelaterade orsaker undanröjs”*.

Efter att ha varit omdebatterat togs 9.0-dagars målet bort i regleringsbrevet för budgetåret 2019. Även det specifika målet för sjukersättning togs bort.

Från och med 2019 har fokus varit på att sjukförsäkringen ska ge ekonomisk trygghet vid sjukdom och ett effektivt stöd för att individen ska återfå arbetsförmågan och återgå i arbete. Utöver det finns mål om att tillämpningen av försäkringen ska vara enhetlig och rättssäker samt att mer stöd ska ges till den försäkrade för att underlätta återgång i arbete.

Utvecklingen av reglerna för sjukersättningen

Under Sveriges moderna historia har samhället förändrats. Även människors behov har förändrats, vilket lagstiftaren har velat svara upp mot genom möjligheter för personer med långvarig nedsättning av arbetsförmågan att få ekonomisk ersättning. För den som bättre vill förstå införandet av sjukersättningen 2003 och de mer restriktiva reglerna 2008, kan beskrivningen av utvecklingen 1913–2003 ge en översikt.

Tidslinjen nedan ger en bild av utvecklingen från och med införandet av den allmänna pensionen 1913 till och med 2023.

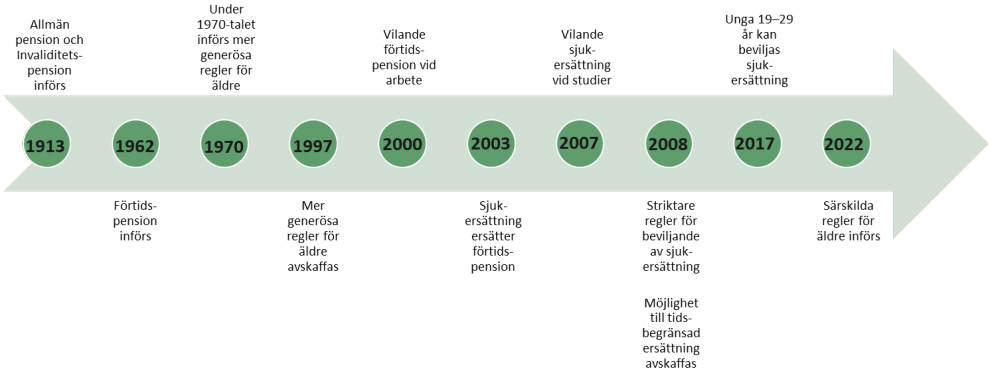
---

[24] ISF (2018b).

[25] Sjukpenningtalet visar hur många dagar med sjukpenning som har betalats ut, relaterat till antalet personer som är försäkrade för sjukpenning. Syftet är att visa utvecklingen inom sjukpenningförsäkringen.

[26] SOU 2021:69.

Figur 1 Överblick av sjukersättningens regler 1913–2023



1913: Möjlighet till invalidpension vid nedsatt arbetsförmåga

Före 1913 hade fattiga personer samt de som uppnått hög ålder fått sin försörjning via fattigvården, vilket endast gav grundläggande hjälp för överlevnad.[27] År 1913 fattade riksdagen beslut om att införa en allmän pensionsförsäkring. Pensionsreformen hade två delar där den första var att pensionen var allmän och gällde hela befolkningen. Den andra delen bestod i att en person som hade nedsatt arbetsförmåga kunde beviljas pension även före 67 års ålder.[28]

Den senare delen kallades **invalidpension**. Syftet var att ge ett ekonomiskt grundskydd till dem som var varaktigt sjuka, och vars arbetsförmåga gått helt eller till större delen förlorad före den allmänna pensionsåldern.[29] För en stor del av invalidpensionen gjordes en inkomstprövning. Det innebar att det bara var låginkomsttagare som fick invalidpension (och de som inte arbetade alls).

Tidigare försörjningssystem hade gett ersättning endast till dem som helt saknade arbetsförmåga. Genom inkomstprövningen etablerades för första gången ett synsätt där invalidpensionens storlek graderades med hänsyn till nedsättningen av arbetsförmågan. Den som trots skadan eller sjukdomen hade kvar viss försörjningsförmåga fick endast ut en del av den möjliga ersättningen.[30]

Att pensionen var allmän var en stor skillnad jämfört med sjukpenning, som enbart var tillgänglig för medlemmar i de frivilliga så kallade sjukkassorna. Dessa organiserade de enda tillgängliga sjukförsäkringarna fram till att den allmänna sjukförsäkringen infördes år 1955.[31]

1962: Förtidspension och sjukbidrag

Fram till och med 1962 byggde invalidpensionen på att en individ som inte kunde försörja sig själv garanterades en viss minimistandard. Men försäkringen

---

[27] Torén K, Castenbrandt H (2023).

[28] Prop. 1913:126.

[29] SOU 1997:166, s. 76.

[30] Ibid, s. 77.

[31] Först 1953 fattade riksdagen beslut om en allmän sjukförsäkring (prop. 1953:178). Beslutet trädde i kraft 1955. Enligt reformen skulle sjukpenning utbetalas efter en karenstid på tre dagar. Sjukpenningen var skattefri och uppgick till cirka 65 procent av den förlorade arbetsinkomsten.

förändrades i grunden genom införandet av lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL). Lagen byggde på ett medicinskt invaliditetsbegrepp. De ursprungliga reglerna för rätt till **förtidspension** i AFL innebar att pensionen kunde betalas ut till försäkrade som fyllt 16 år, och längst till och med 67 år eller fram till dess att en person började få ålderspension i form av förtida uttag.[32] Det kunde bara ske under förutsättningen att den försäkrades arbetsförmåga på grund av ”sjukdom, psykisk efterblivenhet, vanförhet eller annat lyte” var nedsatt med minst hälften och att nedsättningen kunde anses varaktig. Den försäkrades arbetsförmåga bedömdes mot ”sådant arbete, som motsvarar hans krafter och färdigheter och som rimligen kan begäras av honom med hänsyn till hans utbildning och tidigare verksamhet samt ålder, bosättningsförhållanden och därmed jämförliga omständigheter”.[33] En person kunde få **sjukbidrag** om hens arbetsförmåga inte kunde anses varaktigt nedsatt, men däremot nedsatt för en avsevärd tid. Sjukbidraget var tidsbegränsat men följde i övrigt de regler som gällde för förtidspension.[34]

1970-talet: Generösare regler för äldre samt möjlighet till förtidspension av arbetsmarknadsskäl

På 1970-talet infördes de så kallade äldrereglerna.[35] Äldre fick då ökade möjligheter att få förtidspension eller sjukbidrag, eftersom kraven på medicinska skäl till en nedsatt arbetsförmåga minskade för dem. Bedömningen för äldre skulle främst avse förmågan och möjligheten att skaffa sig fortsatt inkomst genom sådant arbete som personen tidigare utfört eller genom annat tillgängligt lämpligt arbete. I praxis utvecklades äldreregeln till att avse 60-åringar eller äldre, men även yngre personer kom att räknas till gruppen.

Samtidigt som äldrereglerna infördes blev det också möjligt att bevilja förtidspension av arbetsmarknadsskäl i kombination med hälsoskäl. Detta innebar att långtidsarbetslösa med nedsatt funktionsförmåga kunde beviljas förtidspension efter att ha varit arbetslösa i ett till två år.[36]

1990-talet: Striktare regler

1991 avskaffades möjligheten att få förtidspension av arbetsmarknadsskäl.[37] 1992 infördes en skrivning om att den mildare tillämpningen för äldre endast skulle gälla försäkrade som hade fyllt 60 år[38] och 1997 togs äldrereglerna helt bort.[39]

Före den 1 januari 1997 tog den som gjorde bedömningen om rätt till förtidspension alltid hänsyn till den försäkrades förmåga att bereda sig inkomst genom sådant arbete som motsvarade hens ”krafter och färdigheter” och vad

---

[32] Bestämmelserna om rätten till förtidspension, invaliditets bedömning och invaliditetsgradering fanns i dåvarande 7 kap. respektive 13 kap. AFL.

[33] Detta reglerades i dåvarande 7 kap. 3 § AFL.

[34] Detta reglerades i dåvarande 7 kap. 1 § AFL.

[35] SFS 1970:186.

[36] Ibid.

[37] SFS 1990:156.

[38] SFS 1991:1040.

[39] SFS 1995:508.

som rimligen kunde begäras av hen med hänsyn till ”utbildning, ålder, bosättningsförhållanden och därmed jämförliga omständigheter”.[40] [41]

Förändringarna innebar att förtidspension renodlades till att ge ersättning vid nedsatt arbetsförmåga enbart på grund av medicinska faktorer.[42] En tidigare studie har framhållit att syftet med reformen dels var att se till att förtidspension inte blev ett sätt att lösa människors sociala problem och generella livsproblem, dels att skapa förutsättningar för en objektiv, likformig och rättssäker tillämpning av lagarna. Rättssäkerheten skulle stärkas genom att begränsa beslutsfattarens tolkningsutrymme.[43]

Både 1991 och 1997 års förändringar av regelverket gjorde det alltså svårare att beviljas förtidspension. Dessutom infördes 1995 regler om så kallad ”förnyad utredning”. Reglerna var utformade så att försäkringskassorna i samband med beslut om förtidspension skulle bedöma om en förnyad utredning av arbetsförmågan ska göras efter en viss tid.[44]

Utöver ovanstående förändringar infördes 1 juli 1993 två nya nivåer för förtidspension och sjukbidrag, en fjärdedels och tre fjärdedels. Nivån två tredjedels förtidspension/sjukbidrag slopades. För att man skulle få rätt till hel förtidspension/sjukbidrag behövde arbetsförmågan vara helt nedsatt.[45] Det fanns övergångsregler som gav personer med kvarvarande arbetsförmåga rätt att behålla hel förtidspension tills det av något annat skäl blev aktuellt att ompröva förmånen. Övergångsreglerna gav också personer som uppbar två tredjedels förtidspension/sjukbidrag motsvarande rätt att behålla denna förmån.[46]

1999: ”Åttondelen” – möjlighet att arbeta max 5 timmar per vecka utan minskad sjukersättning

Den 1 januari 1999 ändrades det formella kravet på arbetsförmågans nedsättning för rätt till hel förtidspension från ”helt nedsatt” till ”helt eller *i det närmaste helt* nedsatt”.[47] I och med detta blev det möjligt för personer med hel förtidspension att ha ett ideellt arbete eller ett förvärvsarbete inom ramen för den arbetsförmåga som personerna kunde antas ha kvar. Denna möjlighet benämns **åttondelen**. Skälet är att den kvarvarande arbetsförmågan bedöms mot heltidsarbete, som normalt motsvarar 40 timmar i veckan. En person har alltså möjlighet att arbeta en åttondel av en heltid, vilket motsvarar 5 timmar i veckan.

De främsta skillnaderna mellan ”åttondelen” och den försäkrades övriga möjligheter till arbete, uppdrag eller studier är att den

- tillåter arbete med inkomst (utan minskad sjukersättning)
- är tydligt begränsad i tid (5 timmar per vecka)

---

[40] 7 kap. 3 § första stycket i den upphävda AFL i lydelsen före den 1 januari 1997.

[41] Fram till 1 juli 2008 fanns det dock möjlighet att beakta dessa omständigheter om det fanns ”särskilda skäl”. Se mer om detta under rubrik ”1 juli 2008: Striktare regler för sjukersättning”.

[42] Prop. 1994/95:147, s. 40 f.

[43] Bjerstedt D (2009).

[44] 7 kap. 3b § tredje stycket lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL) i dess lydelse från och med den 1 oktober 1995.

[45] SFS 1992:1702 samt prop. 1992/93:31 s. 64.

[46] SFS 1992:1702 samt prop. 1992/93:31. s. 23. och 83.

[47] SFS 1998:283.

- endast kan nyttjas för en försäkrad som har hel sjukersättning.

2000: Möjlighet att arbeta och ha förtidspensionen vilande

Den 1 januari 2000 infördes den så kallade **prövotiden**: en möjlighet för personer som haft förtidspension i minst ett år att få fortsatt utbetalning i tre månader samtidigt som hen prövar att arbeta. Om den försäkrade fortsätter att arbeta efter de tre månaderna kan hen ha sjukersättningen **vilande**.[48] I praktiken innebär det att personen har kvar rätten till sjukersättningen men att ersättning inte betalas ut för den del som personen arbetar. Syftet är att den försäkrade får möjlighet att med ekonomisk trygghet och stor flexibilitet pröva att arbeta i den utsträckning som hen vill och i den omfattning det medicinska tillståndet tillåter, utan att rätten till sjukersättningen påverkas.[49]

En person kan pröva att arbeta under en tid om totalt tolv kalendermånader, utan att förlora rätten att få tillbaka förtidspensionen. Efter de första tolv månaderna av förvärvsarbete kan personen ha förtidspensionen vilande under ytterligare 24 kalendermånader. Under den tiden upphör inte det ursprungliga beslutet om rätt till förtidspension.[50]

2003: Sjukersättning och tidsbegränsad sjukersättning ersatte förtidspension och sjukbidrag

Förtidspensionen gjordes den 1 januari 2003 till en del av sjukförsäkringen och bytte i samband med detta namn till **sjukersättning** (innan dess var det en del av pensionsförsäkringen).[51] Ett syfte med förändringen var att få en finansiellt sammanhållen försäkring som innefattar alla ersättningsfall på grund av sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska arbetsförmågan. Detta oberoende av hur lång tid som nedsättningen beräknades bestå. Att beviljas ersättning vid långvarig arbetsoförmåga skulle inte längre ses som ett slutgiltigt tillstånd med permanent ersättning fram till pensionen. Man gjorde däremot inga förändringar i bedömningen av arbetsförmåga.[52]

Samtidigt som sjukersättning ersatte förtidspension ersattes det tidigare tidsbegränsade sjukbidraget med **tidsbegränsad sjukersättning**. Ersättningen var ett ekonomiskt grundskydd för personer över 30 år som under en längre period inte kunde arbeta, men där det ändå fanns utsikter till återgång i arbete på sikt.

Ett annat syfte med förändringen var att unga försäkrade med långvarigt nedsatt arbetsförmåga skulle få ett särskilt stöd. Därför infördes samtidigt den så kallade **aktivitetsersättningen**.[53] Aktivitetsersättning kan lämnas till personer mellan 19 och 29 år som har en sjukdom eller en funktionsnedsättning som gör att hens arbetsförmåga kan antas vara nedsatt med minst en fjärdedel under minst ett år.[54] Under tid med aktivitetsersättning kan personen få stöd och hjälp att börja arbeta eller studera. Det går att få aktivitetsersättning under 1 till 3 år, beroende på hur länge personens

[48] SFS 1999:1363.

[49] Prop. 1999/2000:4, s. 25.

[50] Ibid, s. 22.

[51] SFS 2001:489.

[52] Prop. 2000/01:96, s. 69.

[53] SFS 2001:489.

[54] 33 kap. 18 § respektive 7 § SFB.

arbetsförmåga bedöms vara nedsatt.[55] Den som vill ha ersättning för ytterligare en period behöver göra en ny ansökan .[56] Aktivitetsersättning kan även betalas ut om en försäkrad har behov av förlängd skolgång.[57]

2005: Den försäkrades arbetsförmåga ska följas upp vart tredje år

Även om sjukersättning beviljas tills vidare kan den som har sjukersättning få förändrad arbetsförmåga. Uppföljning av arbetsförmågan har genom åren varit lagstadgad, men har beskrivits på olika sätt. Det var först från den 1 januari 2005 som det blev obligatoriskt att besluta om förnyad utredning.[58] Försäkringskassan skulle nu göra en ny utredning av arbetsförmågan minst vart tredje år för den som beviljats sjukersättning som inte tidsbegränsats och som inte fyllt 61 år.[59]

2007: Möjlighet att studera och ha sjukersättningen vilande

Den 1 januari 2007 infördes möjligheter för personer som haft sjukersättning i minst ett år att studera under längst tjugofyra kalendermånader utan att rätten till sjukersättning går förlorad.[60] Syftet var att stimulera personer med sjukersättning att studera, eftersom studier i många fall kan vara det mest effektiva sättet att förbättra möjligheterna att komma ut i eller återvända till arbetslivet.[61] Vilande sjukersättning för studier rör i allmänhet studier på lägst gymnasienivå, men även studier på grundläggande nivåer kan ingå. Studierna ska vara av sådan karaktär och omfattning att de förutsätter att den försäkrade använder en arbetsförmåga som hen antogs sakna när beslutet om sjukersättning fattades.[62]

Till skillnad mot vilande sjukersättning för arbete sker vilandeförklaringen vid studier alltid av hela ersättningen oavsett om den försäkrade studerar på hel- eller deltid och hen får inte något månadsbelopp.[63] Den försäkrade är därmed hänvisad till möjlighet att söka studiemedel.

De regler som beskrivs ovan gäller för försäkrade som har beviljats sjukersättning *efter* 1 juli 2008. De får alltså ha sjukersättningen vilande under studietiden. En person som däremot har beviljats sjukersättning *före* 1 juli 2008 har möjlighet att i enlighet med dåvarande regler studera med bibehållen sjukersättning, det vill säga att sjukersättningen inte blir vilande.[64] Personen behöver heller inte ansöka om att få börja studera.

När en person har haft sin sjukersättning vilande i två år upphör möjligheten att arbeta eller studera med bibehållen rätt till ersättning. Om en person efter två år med vilande sjukersättning fortsätter att arbeta eller studera som tidigare

---

55 33 kap. 19 § SFB.

56 Se prop. 2000/01:96, s. 81 och Försäkringskassans Vägledning 2013:2, s. 82.

57 Förlängd skolgång är den ytterligare studietid som behövs på grund av att den försäkrades funktionsnedsättning orsakat att grundskole- och gymnasiestudierna inte kunnat avslutas den 1 juli det år när hen fyller 19 år (regleras numera i 33 kap. 8 § SFB).

58 SFS 2004:1239. Detta reglerades i dåvarande 7 kap. 3 b §.

59 33 kap. 17 § SFB.

60 SFS 2006:365.

61 Prop. 2005/06:159, s. 21.

62 Ibid. s. 22 och 33.

63 36 kap. 12 § SFB.

64 I prop. 1997/98:111 s. 37 konstateras att ”det finns enligt dagens regler inga formella hinder för eller begränsningar i rätten att studera med bibehållen förtidspension”.

eller förändrar sin arbetsinsats, ska Försäkringskassan ompröva den fortsatta rätten till sjukersättning.[65]

1 juli 2008: Striktare regler för sjukersättning

Den 1 juli 2008 skärptes kraven för att få sjukersättning, så att den bara kan beviljas när arbetsförmågan är *stadigvarande* nedsatt, sett mot *förvärvsarbeten på arbetsmarknaden*.[66]

Även när möjligheten att få förtidspension utifrån arbetsmarknadsskäl eller ålder togs bort redan under 1990-talet, fanns det kvar en möjlighet att beakta särskilda skäl. Försäkringskassan kunde ta hänsyn till den försäkrades ålder, boendeförhållanden, utbildning, tidigare verksamhet och andra omständigheter.[67] Av förarbeten till lagändringen framgår att sjukersättning från 1 juli 2008 enbart ska komma i fråga när arbetsförmågan är nedsatt av medicinska orsaker.[68]

Försäkringskassans vägledning för sjukersättning beskriver att de striktare reglerna innebar ett sjukersättningssystem i två delar.[69] Den ena omfattar personer som beviljats sjukersättning tills vidare, enligt de regler som gällde före den 1 juli 2008. Den andra omfattar personer som beviljats sjukersättning enligt de nya reglerna. Personer från båda dessa grupper återfinns bland de som i dag har sjukersättning.

Möjlighet att under en period beviljas tidsbegränsad sjukersättning även efter att ersättningsformen avskaffades 1 juli 2008

Den 1 juli 2008 upphörde även tidsbegränsad sjukersättning som ersättningsform. Det kunde dock fortfarande beviljas, enligt övergångsbestämmelser under en övergångsperiod, till personer som hade tidsbegränsad sjukersättning i juni 2008, i ytterligare 18 månader, men som längst till och med 31 december 2012.[70]

En person kunde också få sin ansökan om sjukersättning prövad enligt de tidigare reglerna, om prövningen rörde en period som påbörjats före den 1 juli 2008.[71]

Personer som slutade få tidsbegränsad sjukersättning under perioden juli 2008–november 2009 kunde inte få tillbaka den sjukpenninggrundande inkomst (SGI) som de eventuellt hade haft tidigare.[72] Det kunde däremot personer som slutade få ersättningen december 2009–december 2012, vilket innebar att dessa personer kunde beviljas sjukpenning.[73]

---

65 Prop. 1999/2000:4, s. 27 och 34–35.

66 SFS 2008:480.

67 Försäkringskassans vägledning 2013:1, s. 217.

68 Prop. 2007/08:136, s. 34 och 87.

69 Försäkringskassans vägledning 2013:1, s. 15.

70 Punkterna 8 och 9 i övergångsbestämmelserna till lagen (2008:480) om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring.

71 Punkten 7 i övergångsbestämmelserna till lagen (2008:480) om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring.

72 Prop. 2007/08:136, s. 90–91.

73 Jämför 3 kap. 5 c § AFL i dess lydelse före den 1 juli 2008 och 3 kap. 5 c § AFL i dess lydelse från den 1 januari 2010.

1 december 2008: Möjlighet att arbeta med steglös avräkning

Den 1 december 2008 infördes en möjlighet att arbeta och ändå behålla rätten till sjukersättning samt en del av utbetalningen.[74] Sjukersättningen minskas genom så kallad steglös avräkning. Reglerna gäller endast för dem som beviljades sjukersättning före den 1 juli 2008. Möjligheten är dock inte tidsbegränsad, utan gäller så länge den försäkrade vill arbeta.[75]

Tidigare hade man kunnat prova på att arbeta med vilande sjukersättning. Steglös avräkning infördes mot bakgrund av att få återgick till arbete trots att det borde finnas personer som har en kvarvarande arbetsförmåga.[76]

Steglös avräkning innebär att sjukersättningen minskas i proportion till hur stora arbetsinkomster personen har, men inkomster under ett visst fribelopp påverkar inte utbetalningen.[77] Fribeloppets storlek beror på vilken grad av sjukersättning personen har.[78] Det finns även ett tak för hur hög inkomsten tillsammans med sjukersättningen får vara: åtta prisbasbelopp.[79] För en person med hel sjukersättning år 2023 motsvarar det 420 000 kronor. En person med hög inkomst kan alltså få hela sin sjukersättning bortreducerad, men behåller ändå rätten att få sjukersättning om inkomsten senare minskar.

De som beviljades sjukersättning före den 1 juli 2008 kan även arbeta ideellt och fortfarande ha kvar rätten till sjukersättning, utan ansökan.

2009: Ändrade regler för vilande sjukersättning och förnyad utredning

Många försäkrade nyttjade möjligheten med prövotid och bibehållen utbetalning av ersättningen. Däremot var det inte så många som fortsatte att arbeta med **vilande** ersättning. Den 1 januari 2009 ersattes detta därför av en mer långsiktig ekonomisk stimulans. Regeländringen innebar att det gick att arbeta med vilande ersättning och under 12 månader få utbetalning av ett belopp som motsvarade 25 procent av den vilande sjukersättningen. Vid samma tidpunkt beslutades att bestämmelserna endast ska gälla för den som har sjukersättning som beviljats enligt regelverket som gäller från och med den 1 juli 2008.[80]

För dem som hade sjukersättning tills vidare i juni 2008 infördes nya regler för omprövning. Reglerna innebar att de försäkrade kunde återgå i arbete utan att rätten till ersättning skulle omprövas. Ersättningen skulle enbart minskas genom systemet med så kallad steglös avräkning. Detta innebar att någon **förnyad utredning** inte behövde göras i dessa ärenden.[81]

---

[74] Infördes i 16 a kap. i dåvarande AFL och fördes år 2011 över till 37 kap. SFB.

[75] Prop. 2007/08:124, s. 44 och 50–51.

[76] Ibid, s. 48.

[77] 37 kap. 6 § SFB.

[78] Fribeloppet är ett prisbasbelopp för personer med hel sjukersättning, vilket år 2023 motsvarar 52 500 kronor. Personer med partiell sjukersättning har ett högre fribelopp.

[79] 37 kap. 7 § SFB. Förslaget till den nya bestämmelsen om sjukersättning för personer i åldern 19–29 år lades fram i budgetpropositionen för 2017.

[80] SFS 2008:861 samt Prop. 2007/08:124, s. 91 f.

[81] Lagändringen i 16 a kap. AFL som trädde i kraft den 1 december 2008 men började tillämpas den 1 januari 2009, innebar att särskilda regler infördes för dem som hade en icke tidsbegränsad sjukersättning i juni 2008. SFS 2008:861 samt prop. 2007/08:124, s. 47 f.

2017: Ändrade regler för vilande sjukersättning och förnyad utredning samt införande av möjlighet för unga att få sjukersättning

Reglerna ändrades återigen 2017 och innebär att individen får behålla 25 procent av den **vilande** ersättningen under hela vilandeperioden, det vill säga i 24 månader istället för som tidigare i 12 månader.[82] Reformens syfte var att få fler personer att börja arbeta.[83]

Vid samma tidpunkt ändrades även bestämmelserna om **förnyad utredning**. Försäkringskassan ska nu i större utsträckning kunna behovsanpassa uppföljningen. Därför har lagkravet ändrats till *uppföljning* i stället för *utredning* och kallas numera för *uppföljning av arbetsförmåga*. Försäkringskassan har därmed fått större utrymme att välja hur uppföljningen ska utformas.[84] Vid en uppföljning ska Försäkringskassan kontrollera om arbetsförmågan fortfarande är nedsatt i samma omfattning som när ersättningen beviljades, eller om den har förbättrats och om det finns förutsättningar för rehabilitering. Den första uppföljningen ska göras senast inom tre år räknat från ett beslut om rätten till sjukersättning. Om det blir aktuellt med ytterligare uppföljning görs den senast inom tre år efter den första.[85]

För att ge **unga med helt nedsatt arbetsförmåga** en ökad försörjningstrygghet infördes 2017 en möjlighet att ansöka om hel stadigvarande sjukersättning från och med juli det år de fyller 19 år.[86] Kriterierna för rätt till sjukersättning är desamma som för dem mellan 30 och 65 år. Reformen syftar till att öka tryggheten för de försäkrade som inte bedöms kunna utveckla någon arbetsförmåga.[87] Tryggheten för dem som får sjukersättning istället för aktivitetsersättning kommer av att de inte längre behöver oroa sig för sin försörjning i samband med att de ansöker om aktivitetsersättning på nytt och deras arbetsförmåga därmed utreds vart tredje år. För att motverka att ekonomiska incitament ska påverka byten mellan ersättningarna får personer under 30 år samma belopp oavsett om de beviljas aktivitetsersättning eller sjukersättning.[88] Här bör vi dock framhålla att en skillnad mellan ersättningarna är möjligheten att ansöka om att få ersättning för kostnad för aktiviteter under tid med aktivitetsersättning. Det är något som i praktiken kan fungera som ett incitament för personer som har aktivitetsersättning att inte gå över till sjukersättning. En nyligen publicerad rapport lyfter dock att det finns skäl att anta att möjligheten att ta del av aktiviteter under tid med aktivitetsersättning underutnyttjas.[89]

2022: Särskilda regler för äldre

Före 1 juli 2008 fanns det vissa möjligheter att ta hänsyn till en persons ålder vid bedömningen av om hen hade rätt till sjukersättning. Men när kraven för att beviljas sjukersättning skärptes innebar det bland annat att Försäkringskassan inte längre skulle ta hänsyn till den försäkrades ålder.

---

[82] 36 kap. 18 § SFB.

[83] Prop. 2016/17:1 utgiftsområde 10, s. 50.

[84] SFS 2016:1291 samt prop. 2016/17:1 utgiftsområde 10, s. 55.

[85] 33 kap. 17 § SFB.

[86] 33 kap. 16 § SFB.

[87] Prop. 2016/17:1 utgiftsområde 10, s. 52.

[88] Ibid, s.54.

[89] Försäkringskassan (2024g).

Sedan 1 september 2022 finns det dock åter bestämmelser om sjukersättning till äldre personer i förvärvsarbetande ålder, de så kallade äldrereglerna.[90] De som kan beviljas sjukersättning enligt det nya regelverket är de som har maximalt fem år till den åldern då man inte längre kan få sjukersättning.[91] Det innebär för närvarande att en person kan få sjukersättning med stöd av de nya reglerna från och med månaden före den månad då hen fyller 61 år till och med månaden före den månad då hen fyller 66 år. Åldersgränserna för rätten till sjukersättning hänger samman med reglerna i ålderspensionssystemet. Åldersgränserna i pensionssystemen och i kringliggande trygghetssystem höjdes med ett år från den 1 januari 2023. Det fick till följd att sjukersättning lämnas som längst till och med månaden före den månad personen fyller 66 år.[92]

För att omfattas av äldrereglerna behöver personen även under de senaste 15 åren haft erfarenhet av ett normalt förekommande arbete. Arbetsförmågan ska bedömas mot normalt förekommande arbeten som personen har erfarenhet av eller annat lämpligt arbete som är tillgängligt för hen. Det kan vara heltidsarbete, deltidsarbete, anställning eller egen verksamhet.[93]

Det betyder att det tillämpas ett annat, snävare, arbetsmarknadsbegrepp för denna grupp av försäkrade än det som gäller för övriga inom sjukersättning. Enligt förarbetena är syftet att erbjuda ekonomisk trygghet för personer som har slitit ut sig under arbetslivet, inte kan arbeta längre och som annars ofta tar ut ålderspension tidigt med lägre pension som resultat.[94]

Sjukersättningens nuvarande regelverk

Sjukersättning kan beviljas till personer med stadigvarande nedsatt arbetsförmåga där rehabilitering inte bedöms möjlig

Sjukersättning är i dag en ersättning som kan beviljas till personer mellan 19 och 65 år (som längst till och med månaden före den månad den försäkrade fyller 66 år) som har en stadigvarande nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom eller funktionsnedsättning.

Personer 30–65 år kan få sjukersättning som hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedels. Personer 19–29 år kan bara beviljas hel sjukersättning.[95] Sjukersättning lämnas tills vidare och är alltså inte tidsbegränsad.[96]

Även följande kriterier ska vara uppfyllda:

[90] SFS 2022:1222.

[91] 33 kap. 10 a § SFB.

[92] SFS 2022:878.

[93] 33 kap. 10 a § SFB.

[94] Prop. 2021/22:220, s. 1 och 10.

[95] 33 kap. 16 § SFB.

[96] 33 kap. 4 § SFB

1. Personen är försäkrad för sjukersättning, det vill säga försäkrad för arbete eller bosättning i Sverige.[97] [98]

2. Personen ska ha en stadigvarande nedsatt arbetsförmåga.[99]

3. Medicinska eller arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder bedöms inte kunna leda till att personen återfår någon arbetsförmåga.[100]

4. Arbetsförmågan ska vara nedsatt med minst en fjärdedel på grund av sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan.[101] Av förarbetena framgår att den medicinska faktorn kan vara en kroppslig eller psykisk sjukdom, ett följdtillstånd efter sjukdom eller en medfödd funktionsnedsättning.[102]

5. Nedsättningen av arbetsförmågan ska vara sådan att personen inte har någon förmåga, eller endast viss förmåga, att försörja sig själv genom ”förvärvsarbete på arbetsmarknaden”.[103] Bedömningen gäller förmågan att utföra arbete, och arbetsförmågan ska relateras till förvärvsarbeten på hela den nationella arbetsmarknaden.[104] Försäkringskassans tillämpning innebär att bedömningen av arbetsförmågan inte ska göras i förhållande till personens ordinarie arbetsuppgifter när hen har en arbetsgivare, och inte heller i förhållande till arbeten som vid prövningstillfället direkt finns tillgängliga för den som är arbetslös. Bedömningen av arbetsförmågan ska göras i ett vidare perspektiv.[105]

Som framgår ovan behöver Försäkringskassan i sin prövning av rätten till sjukersättning ta ställning till de båda begreppen ”stadigvarande nedsatt arbetsförmåga” samt ”förvärvsarbete på arbetsmarknaden”. Till sin hjälp har Försäkringskassan vägledande domar från Högsta förvaltningsdomstolen (HFD), som beskrivs kortfattat nedan.

2011 meddelade HFD en dom som rör begreppet ”stadigvarande nedsättning av arbetsförmågan”.106 HFD anger att det ska tolkas så att nedsättningen kan förväntas kvarstå under all överskådlig framtid, men att det inte finns stöd för att ställa krav på att nedsättningen ska kvarstå livslångt eller fram till pensionsåldern. När det gäller kravet på att medicinska och arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser ska vara uttömda klargör HFD att det inte är en förutsättning att sådana insatser faktiskt har genomförts.

---

[97] Den som är bosatt i Sverige är försäkrad för bosättningsbaserade förmåner (garantiersättning) och den som arbetar i Sverige är försäkrad för arbetsbaserade förmåner (inkomstrelaterad sjukersättning). För att kunna vara försäkrad för både arbetsbaserade och bosättningsbaserade förmåner krävs som huvudregel att personen både arbetar och bor i Sverige. En person anses vara bosatt i Sverige om hen har sitt huvudsakliga boende här i landet (5 kap. 2 § SFB). Med arbete i Sverige menas allt förvärvsarbete som rent fysiskt utförs i Sverige (6 kap. 2 § första stycket SFB).

[98] Det finns gränsöverskridande situationer där en person kan beviljas sjukersättning. En sådan är enligt Försäkringskassans vägledning 2013:1 Sjukersättning (s. 112) när en person har tidigare försäkringsperioder i ett annat EU/EES-land eller Schweiz och ansöker om sjukersättning i Sverige, eller tvärtom har tidigare försäkringsperioder i Sverige och nu bor i ett annat land. Då gäller oftast andra regler, se Försäkringskassans vägledning 2010:2.

[99] 33 kap. 6 § SFB.

[100] Ibid.

[101] 33 kap. 5 § SFB.

[102] Prop. 2007/08:124, sid 40.

[103] 33 kap. 10 § SFB.

[104] Prop. 1996/97:28, s. 18, samt prop. 2007/08:136, s. 67 och 88.

[105] Försäkringskassans vägledning 2013:1, s. 42.

[106] HFD 2011 ref. 63 I–III.

2019 gjorde HFD principiella uttalanden om bedömningen av arbetsförmågans nedsättning i förhållande till förvärvsarbeten på arbetsmarknaden.[107] Det framgår att det i begreppet ”förvärvsarbete på arbetsmarknaden” i viss utsträckning ingår anpassade arbeten och subventionerade anställningar.[108] HFD framhåller dock att om anpassningarna som krävs är så omfattande att det saknas ett tillräckligt stort ekonomiskt värde för en arbetsgivare, kan arbetet inte betraktas som ett förvärvsarbete på arbetsmarknaden. HFD anger också att bedömningen ska vara verklighetsförankrad – den ska ta hänsyn till förhållandena på arbetsmarknaden i stort och anpassas efter hur arbetsmarknaden förändras. I Försäkringskassans tillämpning innebär detta att hänsyn ska tas till hur arbetsmarknaden ser ut, vilka arbeten som finns och vilka möjligheter en arbetsgivare har att anpassa arbeten.[109]

Som vi beskriver ovan prövas äldre personer mot ett snävare arbetsmarknadsbegrepp, vilket gör att fler äldre har rätt till sjukersättning. De bedöms mot normalt förekommande arbeten som personen under de senaste 15 åren har haft erfarenhet av eller annat lämpligt arbete som är tillgängligt för personen.[110] För närvarande gäller dessa bestämmelser för personer som är 61 år eller äldre.[111]

Inkomstrelaterad ersättning respektive garantiersättning

Den som beviljas sjukersättning kan få en inkomstrelaterad ersättning, en garantiersättning eller en kombination av dem. Den **inkomstrelaterade sjukersättningen** är ersättningens huvudförmån och grundas på personens tidigare inkomster av förvärvsarbete eller socialförsäkringsförmåner inom en viss tid. Det huvudsakliga syftet med en inkomstrelaterad ersättning är att skydda mot det inkomstbortfall som blir följden av en långvarig eller varaktig medicinskt betingad arbetsoförmåga – inkomstbortfallsprincipen.[112] Försäkringen ger en ersättning som baseras på tidigare inkomster, upp till inkomsttaket. Inkomster däröver ger ingen rätt till ersättning.

Den inkomstrelaterade ersättningen motsvarar en andel av personens inkomster under en viss ramtid[113], upp till ett inkomsttak på 7,5 prisbasbelopp.[114] Från införandet 2003 kompenserade sjukersättningen 64 procent av den så kallade antagandeinkomsten.[115] År 2015 höjdes kompensationsgraden till 64,7 procent.[116] Maximal hel inkomstrelaterad sjukersättning var 21 230 kronor per månad före skatt år 2023.

---

[107] HFD 2019 ref. 48.

[108] Exempel på subventionerade anställningar är lönebidrag och skyddat arbete. Insatserna innebär att arbetsgivaren får ekonomiskt bidrag för lönekostnader när en person med funktionsnedsättning behöver anpassningar efter sina förutsättningar. Här ingår exempelvis arbete inom Samhall.

[109] Försäkringskassans vägledning 2013:1, s. 42.

[110] 33 kap. 10 a § SFB.

[111] Åldersgränsen flyttas framåt när riktåldern för ålderspension höjs.

[112] Försäkringskassans vägledning 2013:3, s. 24.

[113] Ramtiden är tidsperioden närmast före det år då försäkringsfallet inträffat. Längden på ramtiden varierar beroende på personens ålder vid försäkringsfallet (34 kap. 3 § SFB).

[114] 34 kap. 1–7 §§ SFB.

[115] Den inkomstrelaterade sjukersättningen baseras på en uppskattning av personens faktiska framtida inkomstbortfall vid medicinskt orsakad arbetsoförmåga – antagandeinkomst, se Försäkringskassans vägledning 2013:3, s. 31. Den beräknas enligt huvudregeln som genomsnittet av de tre högsta omräknade bruttoårsinkomsterna under ramtiden. Antagandeinkomsten är knuten till prisbasbeloppet (34 kap. 4 och 5 §§ SFB).

[116] Prop. 2014/15:1 utgiftsområde 10, s. 51.

Garantiersättningen har som huvudsakligt syfte att personer som är bosatta i Sverige ska ha ett grundskydd. Hur mycket en person kan få i garantiersättning beror på åldern och hur länge hen har bott i Sverige. För personer med flyktingstatus kan i vissa fall även tid i ett annat land räknas in, så kallad hemlandstid.[117]

Garantiersättningen grundas på tillgodoräknad försäkringstid.[118] [119] Utifrån den tas ersättningens storlek fram.[120] En person som saknar, eller har en låg, inkomstrelaterad sjukersättning har rätt till garantiersättning upp till en viss garantinivå[121] som är kopplad till prisindex och i praktiken innebär något mer än hälften av den maximala inkomstrelaterade ersättningen.

Den 1 januari 2022 höjdes garantinivån, så att hel garantinivå motsvarar 2,78 gånger prisbasbeloppet för personer 30–66 år, eller 12 163 kronor per månad före skatt år 2023. Hel garantinivå för den som är under 30 år beror på personens ålder.[122]

Om den inkomstrelaterade ersättningen är mindre än garantinivån kompletteras den med garantiersättning, så att personens totala ersättning kommer upp till garantinivån.[123]

Beloppen räknas om vid varje årsskifte för att följa prisutvecklingen i samhället. Det gäller både den inkomstrelaterade ersättningen och garantiersättningen.[124]

Ansökan om sjukersättning respektive utbyte till sjukersättning

Det finns två olika sätt för Försäkringskassan att pröva en persons rätt till sjukersättning. Antingen ansöker personen själv om sjukersättning eller så kan Försäkringskassan bevilja sjukersättning till en person utan att hen har ansökt om det. I det senare fallet kan man säga att en annan ersättning byts ut mot sjukersättning. Det gäller om personen har sjukpenning, rehabiliteringspenning, arbetsskadesjukpenning, ersättning för sjukhusvård eller livränta.[125] Vanligast är att sjukpenning byts ut mot sjukersättning. Det innebär att den försäkrade inte kan välja att få sjukpenning i stället för sjukersättning. Kriterierna för rätt till sjukersättning är desamma oavsett om den försäkrade själv ansöker eller om Försäkringskassan tar initiativet. Utredningsansvaret är dock mer omfattande när Försäkringskassan initierar ärendet; då ska de bevisa att personen uppfyller förutsättningarna för rätt till sjukersättning.[126]

---

[117] Reglerna om hemlandstid är borttagna sedan 1 juli 2025, se prop. 2024/25:1 utgiftsområde 10, s. 42.

[118] 35 kap. 2 § SFB.

[119] Det finns två typer av försäkringstid (35 kap. 4 § SFB). Faktisk försäkringstid kan tillgodoräknas från och med den 1 januari det år som personen fyller 16 år till och med den 31 december året före försäkringsfallet (det vill säga när försäkringen aktiveras). Framtida försäkringstid kan tillgodoräknas från och med den 1 januari det år som försäkringsfallet inträffar till och med den 31 december det år som den försäkrade fyller 65 år (64 år om försäkringsfallet inträffade före 2023).

[120] För att en person ska ha rätt till garantiersättning med hel garantinivå krävs det att hen kan tillgodoräknas minst 40 års försäkringstid. Är försäkringstiden kortare än 40 år ska garantinivån minskas proportionellt med 1/40 för varje år som saknas.35 kap. 20 och 23–24 §§ SFB.

[121] 35 kap. 2 § SFB.

[122] Prop. 2021/22:1 utgiftsområde 10, s. 37.

[123] 35 kap. 24 § SFB.

[124] 34 kap. 5 och 8 §§ respektive 35 kap. 18 § SFB.

[125] De tre senare ersättningarna är samtliga kopplade till att personen har en arbetsskada/arbetssjukdom.

[126] Försäkringskassan Vägledning 2013:1, s. 67.

3.Hur många har sjukersättning, och hur har det förändrats över tid?

I kapitlet beskriver vi hur antalet personer med sjukersättning har förändrats och vad utvecklingen beror på. Det är många faktorer som påverkar hur många som har sjukersättning. Vissa faktorer, som regeländringar, kan ge tydliga direkta effekter på hur många som har sjukersättning. Andra faktorer är mer långsiktiga, som inom vilka yrken och branscher människor arbetar. Nedan beskrivs dessa två typer av faktorer i varsitt avsnitt.

Förändringar i antalet personer med sjukersättning 2003–2023

Antalet personer med sjukersättning har minskat kraftigt. När ersättningen introducerades 2003 hade över 500 000 personer sjukersättning. Av dessa var 293 300 kvinnor och 208 500 män. Antalet fortsatte att öka till 2005 och var då 540 500 personer, vilket motsvarade 9,8 procent av befolkningen.[127] Därefter minskade antalet årligen fram till 2022, då 212 400 personer hade ersättningen, eller 3,4 procent av befolkningen.[128]

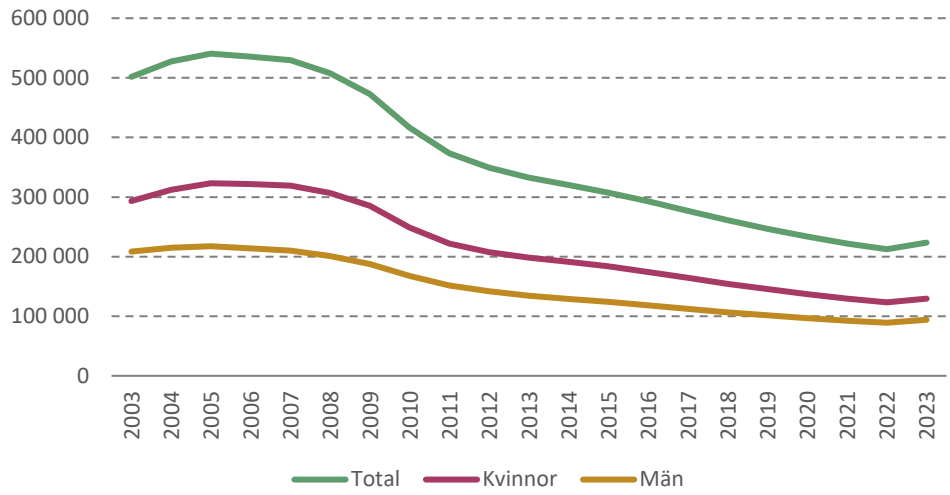
Minskningen har skett bland både kvinnor och män, men andelen kvinnor bland dem med sjukersättning har varit likartad och legat omkring 60 procent. Under 2023 höjdes åldern för allmän pension och därmed åldersgränsen för sjukersättning från 64 till 65 år. Då ökade antalet personer med sjukersättning till 223 700 personer, eller 3,6 procent av befolkningen.[129] Av dessa var 129 500 kvinnor och 94 200 män.

[127] I åldrarna 19–65 år. I åldrarna 19–64 år var andelen 10 procent.

[128] I åldrarna 19–65 år. I åldrarna 19–64 år var andelen 3,5 procent.

[129] I åldrarna 19–65 år.

Figur 2 **Antalet personer med sjukersättning, totalt samt per kön, i december 2003–2023**



Källa: Försäkringskassans datalager SToRE (2024)

Nettoinflödet styr förändringar i antalet

Förändringar i antalet personer med sjukersättning styrs av skillnaden mellan hur många som beviljas sjukersättning och hur många som lämnar ersättningen under ett givet år, hädanefter *nettoinflödet*.

Personer som beviljas sjukersättning mottar ofta ersättningen under en lång tid, de allra flesta tills de tar ut ålderspension.[130] Men trots detta är systemet inte helt statiskt. Exempelvis avlider några under tiden med sjukersättning, och några lämnar sjukersättningen av andra skäl, till exempel för att de återfår arbetsförmåga.

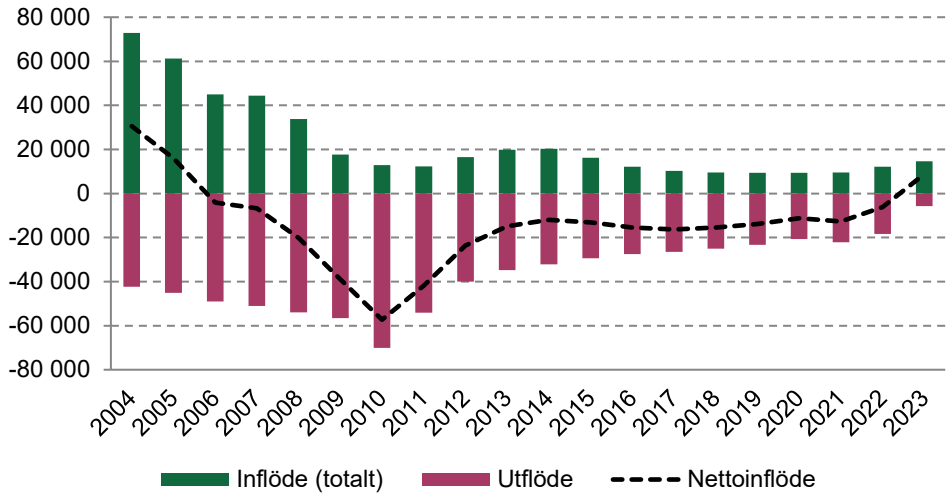
Nedan sammanfattar vi förklaringar till variationerna från tidigare rapporter, och sätter dem i samband med förändringar i inflödet och utflödet. För att förstå utvecklingen ur ett längre perspektiv inleder vi med ett nedslag i decennierna före att ersättningen infördes.

Inflöde, utflöde och nettoinflöde skattas i Figur 3 utifrån utbetalningsdata från Försäkringskassans databas MiDAS[131]. Eftersom övergången från förtidspension och sjukbidrag till sjukersättning påverkade inflödesdata under 2003 redovisas inte statistik för det året i Figur 3 – Figur 8.

[130] SOU 2021:69.

[131] MikroData för Analys av Socialförsäkringen.

Figur 3 **Inflöde till och utflöde från sjukersättningen 2004–2023. Rullande tolvmånaderssummeringar.**[132]



Källa: Försäkringskassan (2020a).[133]

Decennierna före införandet av sjukersättningen var sjukfrånvaron hög och varierade kraftigt

Efter en period av högre arbetslöshet och färre sjukskrivningar, var sjukfrånvaron åter hög under slutet av 1990-talet och början av 2000-talet. Antalet personer med förtidspension och sjukbidrag hade samtidigt ökat stadigt sedan 1980-talet.[134]

Det hade länge funnits politiska ambitioner om att öka återgången i arbete efter sjukfall när sjuk- och aktivitetsersättningen infördes 2003.[135] Införandet innebar också att funktionen som förtidspensionen fyllt, flyttades från pensionssystemet till sjukförsäkringen. Samtidigt infördes halveringsmålet, vilket innebar att sjukfrånvaron skulle halveras till 2008. Som vi beskriver ovan infördes samtidigt ett mål om att antalet personer som lämnade arbetslivet i förtid via sjukersättningen skulle minska. Sjukersättning skulle inte längre ses som en slutstation för arbetslivet. Den eventuella arbetsförmåga som fanns kvar skulle tas till vara och möjligheten för att personer kunde få eller återfå arbetsförmåga hållas öppen.

Fram till 2005 steg antalet personer med sjukersättning

Fram till 2005 fortsatte antalet personer med sjukersättning att stiga. Antalet personer som påbörjade en ny period med sjukersättning var som störst 2004, när 72 800 personer beviljades ersättningen.[136]

---

[132] På grund av eftersläpningar i statistiken kan inte helårsvärde användas för det senaste året. Diagrammet över inflöde till och utflöde från sjukersättning baseras därför på rullande 12-värde, det vill säga på inflödet och utflödet under tolv månader från januari år 2004 till december år 2023. För år 2023 baseras perioden på januari 2023–december 2023.

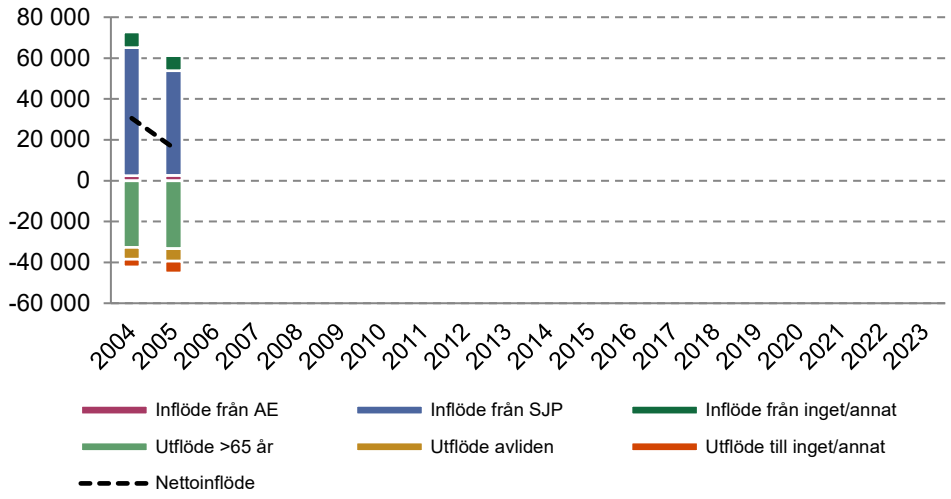
[133] Figuren har uppdaterats med senare data från Försäkringskassans datalager MiDAS.

[134] ISF (2023c).

[135] Försäkringskassan (2025b).

[136] Varav de som beviljades ersättningen för första gången var 68 700.

Figur 4 **Inflöde till och utflöde från sjukersättningen 2004–2005. Rullande tolvmånaderssummeringar.** [137] [138]



Källa: Försäkringskassan (2020a).[139]

En förklaring är att många personer med långa sjukfall beviljades sjukersättning på Försäkringskassans initiativ. År 2004 beviljades 62 600 personer sjukersättning som tidigare haft sjukpenning. I en rapport från Riksrevisionen påtalades att halveringsmålet innebar att antalet ersatta sjukpenningdagar skulle minska, samtidigt som målet för inflödet till sjukersättningen var formulerat på ett sådant sätt att antalet personer med sjukersättning fortsatt fick stiga.[140] [141]

Detta återspeglas i vilka som beviljades sjukersättning 2003–2005: 80–85 procent hade sjukpenning tidigare, omkring 5 procent hade aktivitetsersättning och strax över 10 procent hade ingen ersättning eller någon annan ersättning från socialförsäkringen.

Under dessa första år var också utflödet betydligt lägre än inflödet och bestod till största delen, ungefär tre fjärdedelar, av personer som uppnådde åldersgränsen. Resten bestod till ungefär lika delar av personer som avled och av personer som lämnade av annan anledning.

Regeländringar 2008 minskade antalet

Efter 2005 minskade antalet personer med sjukersättning kraftigt, från 540 500 personer 2005, till 350 000 personer 2012.

[137] På grund av eftersläpningar i statistiken kan inte helårsvärde användas för det senaste året. Diagrammet över inflöde till och utflöde från sjukersättning baseras därför på rullande 12-värde, det vill säga på inflödet och utflödet under tolv månader från januari år 2004 till december år 2005. För år 2023 baseras perioden på januari 2023-december 2023.

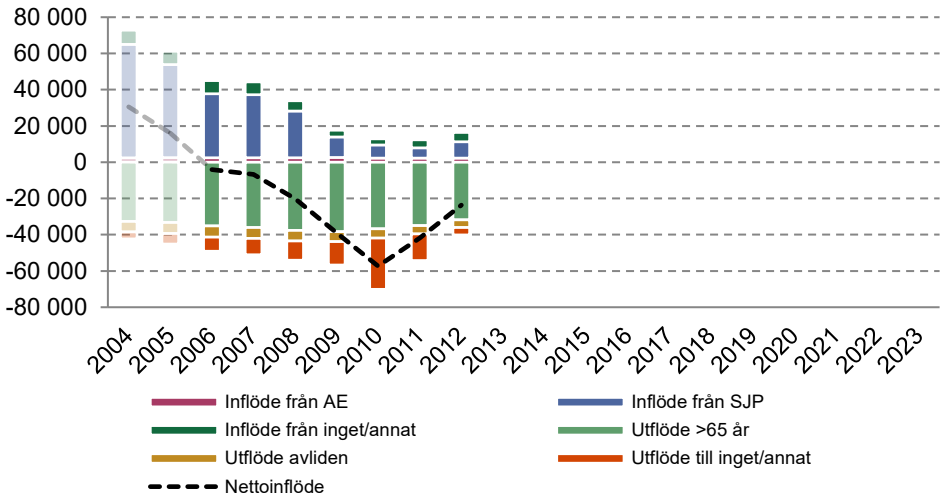
[138] I figuren används förkortningarna AE för aktivitetsersättning och SJP för sjukpenning.

[139] Figuren har uppdaterats med senare data från Försäkringskassans datalager MiDAS.

[140] Riksrevisionen (2005).

[141] Vår tolkning av detta är att genomsnittet under 2003–2007 kan vara lägre än under 2002, och samtidigt bidra till ett stigande antal med sjukersättning om utflödet är lägre än inflödet.

Figur 5 **Inflöde till och utflöde från sjukersättningen 2004–2012. Rullande tolvmånaderssummeringar.**[142] [143]



Källa: Försäkringskassan (2020a).[144]

Tidigare studier lyfter regelförändringarna den 1 juli 2008 som den främsta förklaringen till den kraftiga minskningen.[145] De innebar att reglerna för att få sjukersättning skärptes och att ersättningsformen tidsbegränsad sjukersättning avskaffades, med övergångsbestämmelser till och med december 2012. Detta både begränsade vem som kunde beviljas sjukersättning och bidrog till ett större utflöde.

Antalet som beviljades sjukersättning minskade dock redan före införandet av det striktare regelverket 2008. Det har tidigare förklarats av den mer enhetliga tillämpningen som följde när länsförsäkringskassorna och Riksförsäkringsverket slogs samman och bildade Försäkringskassan 2005.[146]

En ytterligare möjlig bidragande faktor är införandet av obligatorisk uppföljning av arbetsförmågan var tredje år, för de som beviljats sjukersättning från 2005. Reglerna infördes i januari 2005, men började enligt en rapport från Riksrevisionen tillämpas på allvar först 2008.[147] Uppföljningen bör dock endast ha bidragit marginellt till minskningen. I tidigare studier framgår nämligen att ändringsgraden till följd av att försäkrade återfått arbetsförmåga eller fått en ny grad av sjukersättning legat på under 2 procent sedan de första förnyade utredningarna genomfördes 2011.[148]

Sammansättningen av gruppen som för första gången beviljades sjukersättning förändrades också. Antalet som tidigare haft sjukpenning minskade kraftigt, medan antalet personer som tidigare haft aktivitetsersättning var relativt

---

[142] På grund av eftersläpningar i statistiken kan inte helårsvärde användas för det senaste året. Diagrammet över inflöde till och utflöde från sjukersättning baseras därför på rullande 12-värde, det vill säga på inflödet och utflödet under tolv månader från januari år 2004 till december år 2012. För år 2023 baseras perioden på januari 2023-december 2023.

[143] I figuren används förkortningarna AE för aktivitetsersättning och SJP för sjukpenning.

[144] Figuren har uppdaterats med senare data från Försäkringskassans datalager MiDAS.

[145] Se exempelvis SOU 2021:69; ISF (2023a); Försäkringskassan (2025e).

[146] Johansson P, Laun L, Laun T (2014); Johansson P, Laun L, Palme M, Stensöta H (2018).

[147] Det beror på att reglerna endast gällde sjukfall som påbörjades tidigast i januari 2005. Riksrevisionen (2005).

[148] SOU 2021:69.

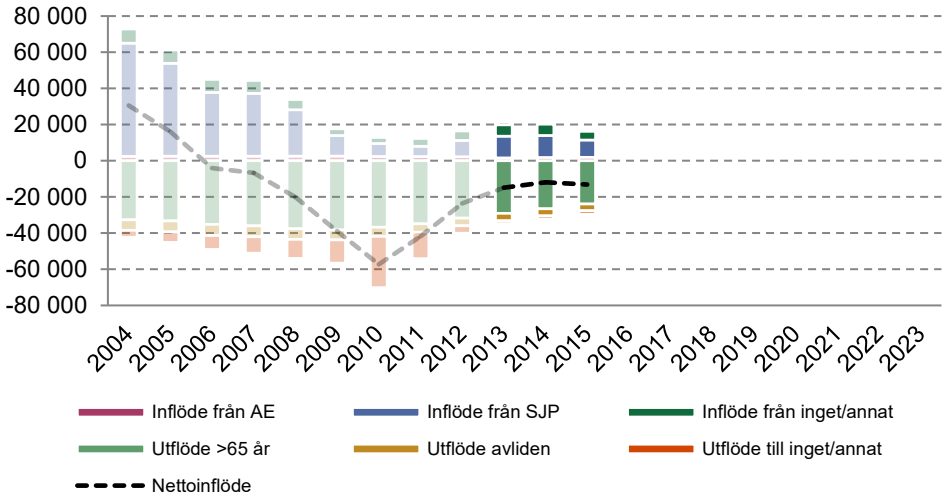
konstant. Även antalet som inte hade någon ersättning eller hade en annan ersättning än sjukpenning minskade, men inte i samma utsträckning som inflödet från sjukpenning. Följaktligen minskade andelen som tidigare haft sjukpenning betydligt, och utgjorde som lägst färre än hälften av dem som beviljades ersättningen, 2011. Andelen med ingen tidigare eller en annan ersättning än sjukpenning utgjorde då cirka en tredjedel, och personer med aktivitetsersättning en femtedel.

Eftersom en stor del av dem som hade tidsbegränsad sjukersättning lämnade sjukersättningen, förändrades också utflödets sammansättning. Antalet som lämnade sjukersättningen av annan anledning utgjorde under 2010 hela 40 procent av utflödet. Därefter minskade det till 10 procent 2012.

Under 2010-talet fortsatte antalet personer med sjukersättning att minska

Åren 2011–2015 fortsatte antalet personer med sjukersättning att minska. Minskningen var dock långsammare än tidigare, eftersom antalet som beviljades sjukersättning för första gången steg och utflödet minskade.

Figur 6 **Inflöde till och utflöde från sjukersättningen 2004–2015. Rullande tolvmånaderssummeringar.**[149] [150]



Källa: Försäkringskassan (2020a).[151]

I en statlig utredning lyfts att en möjlig förklaring till det ökande inflödet är regeringens styrning år 2011, när fokus skiftade till att öka förtroendet för Försäkringskassan.[152] [153] Under dessa år mer än fördubblades antalet personer som beviljades sjukersättning som tidigare haft sjukpenning, från 5 700 personer 2011 till 12 200 personer 2014. Antalet som haft ingen eller en

[149] På grund av eftersläpningar i statistiken kan inte helårsvärde användas för det senaste året. Diagrammet över inflöde till och utflöde från sjukersättning baseras därför på rullande 12-värde, det vill säga på inflödet och utflödet under tolv månader från januari år 2004 till december år 2015. För år 2023 baseras perioden på januari 2023–december 2023.

[150] I figuren används förkortningarna AE för aktivitetsersättning och SJP för sjukpenning.

[151] Figuren har uppdaterats med senare data från Försäkringskassans datalager MiDAS.

[152] SOU 2021:69.

[153] I Försäkringskassans regleringsbrev för 2011 framgår under rubriken Verksamhet att ”socialförsäkringen och Försäkringskassan ska ha medborgarnas fulla förtroende”.

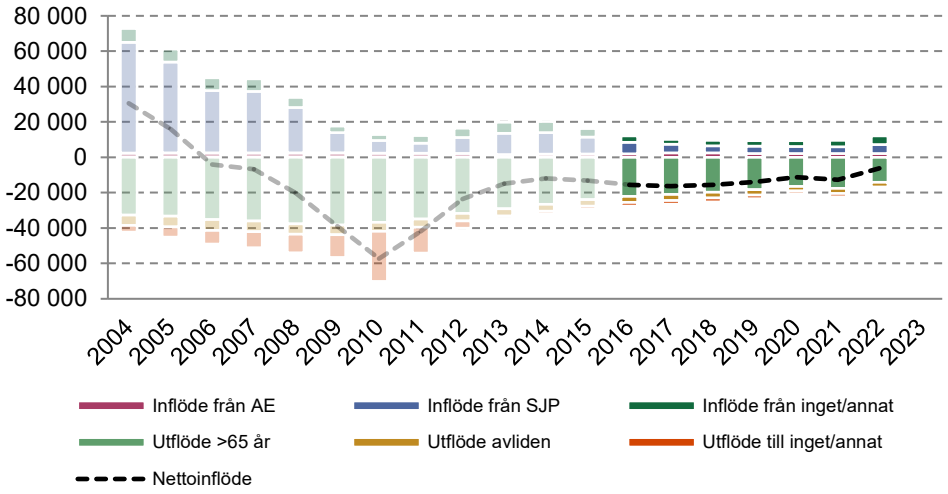
annan socialförsäkringsförmån steg med drygt 40 procent, från 4 300 personer 2011 till 6 300 personer 2014.

Att utflödet minskade berodde på att en större del av dem som haft kvar tidsbegränsad sjukersättning enligt övergångsbestämmelser nu hunnit lämna ersättningen. Fram till 2015 minskade antalet som lämnade ersättningen av samtliga anledningar, men framför allt av annan anledning än att de uppnådde åldersgränsen eller avled. Antalet personer som lämnade av annan anledning minskade med nästan 90 procent under dessa år, från 14 600 personer 2011 till 1 700 personer 2014.

2018–2021 var antalet som beviljades sjukersättning historiskt lågt

Under andra halvan av 2010-talet fortsatte antalet att minska. Det förklaras främst av ett minskande inflöde efter 2015. Inflödet nådde historiskt låga nivåer 2018 och var omkring 9 500 personer per år till och med 2021.

Figur 7 **Inflöde till och utflöde från sjukersättningen 2004–2022. Rullande tolvmånaderssummeringar.** [154] [155]



Källa: Försäkringskassan (2020a).[156]

En förklaring till de lägre nivåerna av beviljande är Försäkringskassans arbete för att öka kvaliteten vid bedömning av rätten till sjukersättning, som inleddes 2015. Syftet var att regelverket skulle tillämpas mer korrekt.[157] Även borttagandet av den bortre tidsgränsen för sjukpenning 2016 anses ha bidragit till att nybeviljandet minskade efter 2015.[158] Då försvann en naturlig tidpunkt för Försäkringskassan att pröva om alla möjligheter för rehabilitering var uttömda för dem som hade en lång sjukskrivning, och om det därmed var aktuellt med

[154] På grund av eftersläpningar i statistiken kan inte helårsvärde användas för det senaste året. Diagrammet över inflöde till och utflöde från sjukersättning baseras därför på rullande 12-värde, det vill säga på inflödet och utflödet under tolv månader från januari år 2004 till december år 2022. För år 2023 baseras perioden på januari 2023–december 2023.

[155] I figuren används förkortningarna AE för aktivitetsersättning och SJP för sjukpenning.

[156] Figuren har uppdaterats med senare data från Försäkringskassans datalager MiDAS.

[157] Se exempelvis Försäkringskassan (2020a); SOU 2021:69.

[158] Den bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen infördes 2008 och innebar att det fanns en gräns för antalet dagar med sjukpenning. Gränsen gick vid 914 dagar. Tidsgränsen hade som syfte att öka möjligheterna och drivkrafterna för sjukskrivna att återgå i arbete. Tidsgränsen togs bort 2016.

sjukersättning.[159] Riksrevisionen konstaterar att sannolikheten för en långtidssjukskriven att gå över till sjukersättning var högre när den bortre tidsgränsen fortfarande fanns kvar[160].[161]

År 2016 kompletterades även riksdagens mål om en låg och stabil sjukfrånvaro med att antalet personer som beviljades sjukersättning för första gången, inte skulle överstiga 18 000 i genomsnitt per år till 2020. Målet har bedömts som en signal till Försäkringskassan om att avsikten med det lägre målet för sjukpenningtalet inte skulle uppnås genom att bevilja fler sjukersättningar.[162]

År 2017 ändrades reglerna så att även personer under 30 år kunde beviljas sjukersättning. Det fick endast marginell påverkan på antalet personer som beviljades ersättningen, eftersom knappt en procent av dem som beviljades sjukersättning var under 30 år.

Inflödets sammansättning förändrades under perioden, eftersom antalet personer som tidigare haft sjukpenning eller ingen eller en annan ersättning minskade, och antalet personer som tidigare haft aktivitetsersättning steg. Det totala antalet personer som beviljades låg dock kvar på samma nivå. Utflödet minskade något under perioden, men dess sammansättning var likartad.

Ökning efter 2022 förklaras av nya regler för äldre

År 2023 ökade antalet personer med sjukersättning för första gången på nästan två decennier, från 212 400 personer 2022, till 223 700 personer 2023.

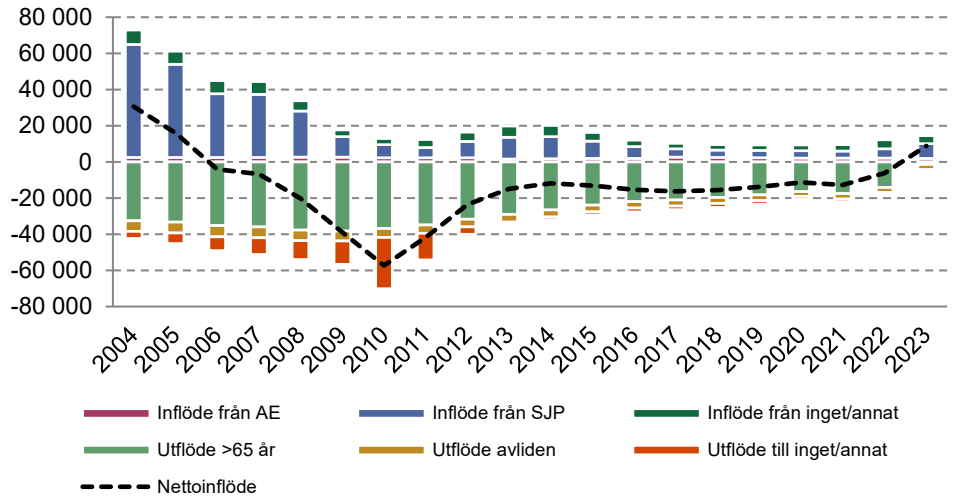
[159] Riksrevisionen (2018); Försäkringskassan (2020a); SOU 2024:26.

[160] En skillnad uppstod redan under sjukskrivningens första år, och förstärktes därefter ända fram till dag 915. Efter tre års sjukskrivning var sannolikheten att ha övergått till sjukersättning nästan dubbelt så hög, 23 jämfört med 13 procent, för sjukskrivna som omfattades av en bortre tidsgräns.

[161] Riksrevisionen (2018).

[162] SOU 2021:69.

Figur 8 **Inflöde till och utflöde från sjukersättningen 2004–2023. Rullande tolvmånaderssummeringar.** [163] [164]



Källa: Försäkringskassan (2020a).[165]

Ökningen berodde på tre faktorer. Den första var att den övre åldersgränsen höjdes, som en konsekvens av att riktåldern för ålderspension höjdes, vilket innebar att personer stannade kvar i sjukersättningen ett år längre.[166] Den andra var att fler äldre beviljades sjukersättning på grund av de nya regler som trädde i kraft i september 2022. Den tredje var att ärendeköer i handläggningen arbetades ned i en högre omfattning än tidigare.

Även om antalet med sjukersättning ökade efter 2022 var det kvar på en låg nivå jämfört med fem år tidigare – och *andelen* med sjukersättning bland 60–64-åringar fortsatte att minska.[167]

ISF och Försäkringskassan publicerade kort efter införandet två studier om tillämpning respektive utfall av de nya reglerna för äldre.[168] Studierna visade att det totala antalet beviljade sjukersättningsärenden ökade kraftigt efter lagändringen. I Försäkringskassans studie framgick att antalet ökade från 741 till 1 540, när de jämförde utfallet sex månader efter september 2022 med sex månader före, för åldersgruppen som omfattas av lagändringen. Som jämförelse fanns endast en marginell ökning i antal för den åldersgrupp som låg nära i ålder, men som inte omfattades av lagändringen. Vidare visades att ökningstakten var högst för ansökningsärenden, men att det fanns en tydlig ökning även av utbytesärenden. Båda myndigheterna bedömde att ökningen i beviljade sjukersättningsärenden sannolikt främst var en konsekvens av

[163] På grund av eftersläpningar i statistiken kan inte helårsvärde användas för det senaste året. Diagrammet över inflöde till och utflöde från sjukersättning baseras därför på rullande 12-värde, det vill säga på inflödet och utflödet under tolv månader från januari år 2004 till december år 2023. För år 2023 baseras perioden på januari 2023-december 2023.

[164] I figuren används förkortningarna AE för aktivitetsersättning och SJP för sjukpenning.

[165] Figuren har uppdaterats med senare data från Försäkringskassans datalager MiDAS.

[166] Ändringarna i pensionssystemet innebär att åldersgränserna i socialförsäkringen anpassas. För sjukersättningen höjdes den högsta tillåtna åldern från 64 till 65 år från och med januari 2023. Från och med 2026 knyts åldersgränsen till riktåldern, vilket innebär att den högsta tillåtna åldern höjs ytterligare, från 65 till 66 år. Departementsserien, DS 2019:2.

[167] SOU 2024:26; Försäkringskassan (2024c).

[168] ISF (2023b); Försäkringskassan (2023a).

lagändringen. ISF framhöll också att det ökade inflödet av ansökningar från äldre berodde på lagändringen.

Försäkringskassan har i en uppföljande studie sett att antalet nybeviljade sjukersättningar med stöd av de nya reglerna för äldre fortsatt att öka under 2023.[169] Ökningen sker framför allt i ansökningsärenden, men utbyten till sjukersättning från sjukpenning ökar också, om än i en lägre takt. Enligt Försäkringskassans utgiftsprognos från oktober 2024 har äldrereglerna påverkat inflödet till sjukersättning från sjukpenning samt även inflödet utifrån. Regeländringar inom sjukpenningen innebär att inkomsttaket har höjts och att bedömningsgrunderna har ändrats för äldre sjukskrivna. Därför är utvecklingen svårbedömd för inflödet från sjukpenning. Under de första 12 månaderna med äldrereglerna ökade antal nybeviljanden i den åldersgrupp som omfattas med närmare 3 000 personer. Under hösten 2023 minskade åter antalet som beviljades sjukersättning.[170] Minskningen är sannolikt en konsekvens av att åldersgränserna för de särskilda reglerna för äldre höjdes 1 januari 2023. Därmed tillkom inga nya potentiella sökande det året.

Under perioden steg främst inflödet av personer som tidigare hade haft sjukpenning, men även av personer som hade haft ingen eller en annan ersättning från socialförsäkringen. Utflödet var sig likt, med undantag för att betydligt färre lämnade ersättningen under 2023 på grund av att de uppnådde åldersgränsen. Det förklaras av den nya åldersgränsen för ersättningen.

Några samhällsfaktorer med långsiktig betydelse

I detta avsnitt går vi igenom några exempel på faktorer som har en mer långsiktig betydelse för antalet personer med sjukersättning.[171] Sammanställningen ska inte ses som heltäckande, men ger förhoppningsvis en bredare bild av vad som spelat roll för utvecklingen under 2003–2023.

Befolkning och folkhälsa

Hur många som bor och är försäkrade i Sverige styr hur många som kan ha sjukersättning. Sedan sjukersättningen infördes 2003 har antalet personer i befolkningen i åldrarna 19–65 år stigit med 13 procent, från 5,5 miljoner till 6,2 miljoner 2023.[172] Även befolkningens sammansättning spelar roll, eftersom nyttjandet av sjukersättning skiljer sig mellan olika grupper. Exempelvis är nyttjandet högre i äldre åldersgrupper och bland kvinnor.

Även befolkningens hälsa påverkar behovet av att lämna arbetsmarknaden i förtid via sjukersättningen. På det stora hela tyder indikatorer på att folkhälsan förbättrats i Sverige sedan början av 2000-talet. Mortaliteten visar en svagt nedåtgående trend.[173] Minskningen är som störst i åldersgrupper som passerat sjukersättningens övre åldersgräns, men ses också i samtliga åldersgrupper som kan ha sjukersättning.[174] Också andelen med självskattad dålig eller

[169] Försäkringskassan (2024c).

[170] I rapporten framgår att Försäkringskassan fattade fler beslut under det första halvåret efter regelns införande och därmed sänkte balansen, vilket med stor sannolikhet har drivit upp antalet beviljanden under perioden. Samtidigt nedprioriterades utbyten från sjukpenning till sjukersättning, vilket medförde att balansen ökade.

[171] Försäkringskassan (2014).

[172] Avser antal i befolkningen i december månad.

[173] Med undantag för år som påverkades av covid-19-pandemin.

[174] Johansson P, Laun L, Palme M, Stensöta H (2018); Laun L, Palme M (2019); Laun L, Palme M, Svensson I (2012).

mycket dålig hälsa har minskat, men minskat mer bland äldre som kan ha sjukersättning. Ur ett längre tidsperspektiv har även kognitiv och fysisk förmåga ökat i äldre åldersgrupper. Samtidigt har andelen som lever med nedsatt psykiskt välbefinnande stigit 2004–2018 i de åldersgrupper som kan ha sjukersättning.[175]

Utvecklingen ser dock olika ut i olika grupper, vilket gör det svårt att bedöma i vilken grad folkhälsans utveckling påverkat nyttjandet av sjukersättningen. Särskilt eftersom även nyttjandet av sjukersättning skiljer sig mellan olika grupper. Exempelvis skiljer sig trenden i minskande självskattad dålig eller mycket dålig hälsa mellan kvinnor och män, där nedåtgången tycks starkare bland män.[176]

För en bild av hur folkhälsan påverkat nyttjandet av sjukersättningen under perioden 2003–2023 skulle utvecklingen dels ha behövt analyseras utifrån olika grupper, dels utifrån hur befolkningsfördelningen i dessa grupper förändrats över tid. Det har inte varit möjligt inom ramen för detta arbete.

Utvecklingen på arbetsmarknaden

Tidigare studier har visat att utvecklingen av de generella villkoren på arbetsmarknaden spelar roll för hur många som nyttjar sjukförsäkringen.[177] Även strukturen på arbetsmarknaden, alltså inom vilka yrken och branscher människor arbetar, kan påverka nyttjandet av sjukersättningen. Av flera studier framgår att sjukersättningen nyttjas i högre grad av personer som har lägre utbildning och inkomster. De möjliga förklaringar som särskilt framhållits är att personer med lägre utbildning och inkomster oftare arbetar inom yrken och branscher med sämre anställnings- och arbetsvillkor.[178] Tidigare studier framhåller även att ytterligare faktorer spelar in, som exempelvis skillnader i ekonomiska drivkrafter.[179] Samtidigt är det också möjligt att en större andel inte uppfyller kraven när arbetsmarknadens lägsta kvalifikationskrav höjts. Vissa effekter skulle också kunna vara framskjutna, eftersom nyttjandet av sjukersättning är som högst i äldre åldersgrupper som varit verksamma på arbetsmarknaden under en längre tid.

Det har också haft betydelse hur konjunktur och arbetsmarknad utvecklas i övrigt, åtminstone i början av perioden.[180] Uppgången i sjukfrånvaron till mitten av 00-talet förklarades delvis av att sjukfrånvaro till dess visade pro-cykliska mönster[181].[182] Samtidigt var samvariationen starkare mellan antalet längre sjukfall och antalet nybeviljade sjukersättningar, vilket beskrivs närmare i nästa avsnitt.

Nyttjande av sjukersättningen stiger alltså med åldern. Under hela perioden har nyttjandet av sjukersättningen varit som högst bland de äldsta åldersgrupperna. Åldersgränsen för den allmänna pensionen påverkar således arbetskraftens sammansättning, och hur många som behöver lämna den i förtid via sjukersättningen. Sedan de nya reglerna för äldre infördes 2022 och

---

[175] SOU 2021:69.

[176] Ibid.

[177] Försäkringskassan (2014); Johansson P, Laun L, Palme M, Stensöta H (2018).

[178] Se Försäkringskassan (2025b); Försäkringskassan (2024d; Johansson P, Laun L, Palme M, Stensöta H (2018).

[179] Se exempelvis Skogman Thoursie P (1999); Johansson P, Laun L, Palme M, Stensöta H (2018)

[180] OECD (2009).

[181] Pro-cykliskt innebär att något samvarierar med konjunkturen.

[182] Försäkringskassan (2023d).

åldersgränsen för att ha rätt till ålderspension höjdes från 65 till 66 år 2023 har nyttjandegraden av sjukersättning varit som högst bland 65-åringar. För de yngsta på arbetsmarknaden 2025 är allmänna pensionsåldern prognostiserad till 70 år.[183]

Samspelet inom sjukförsäkringen

Historiskt har antalet personer som beviljas sjukersättning samvarierat med antalet personer med längre sjukpenningfall.[184] Så var det exempelvis under åren med stigande sjukfrånvaro innan sjukersättningen infördes. Från 1998 till 2003 kan man se en mer eller mindre linjär samvariation mellan antalet sjukfall som varat över 28 dagar och antalet som beviljades den dåvarande förtidspensionen. Man kan se samma sak efter införandet av sjukersättningen och regeringens halveringsmål, då både längre sjukpenningfall och nybeviljade sjuk- och aktivitetsersättningar minskade.

Men i ett nyligen publicerat svar på regeringsuppdrag visar Försäkringskassan hur sambandet mellan längre sjukfall och nybeviljade sjukersättningar försvagats under de senaste decennierna.[185] En viktig delförklaring tycks vara det mer restriktiva regelverk som infördes 1 juli 2008, som medförde att rätten till sjukersättning skulle bedömas utifrån ett vidare arbetsmarknadsbegrepp jämfört det som tidigare gällt för både sjukpenning och sjukersättningen.[186] Det nya begreppet skapade alltså en högre tröskel för personer med mer långvarigt nedsatt arbetsförmåga att beviljas sjukersättning jämfört sjukpenning. Det senare resulterade i ett stigande antal personer med långa sjukpenningfall, vilket Försäkringskassan tidigare beskrivit.[187]

Efter 2010 ses ett mindre tydligt mönster mellan de längre sjukpenningfallen och nybeviljad sjuk- och aktivitetsersättning. En möjlig delförklaring till att detta inte inträffade redan efter 2008 är att perioden präglades av övergångsbestämmelser för upphörandet av den tidsbegränsade sjukersättningen.

[183] Pensionsmyndigheten (2025) Hämtad från Pensionsmyndighetens webbplats 2025-03-26.

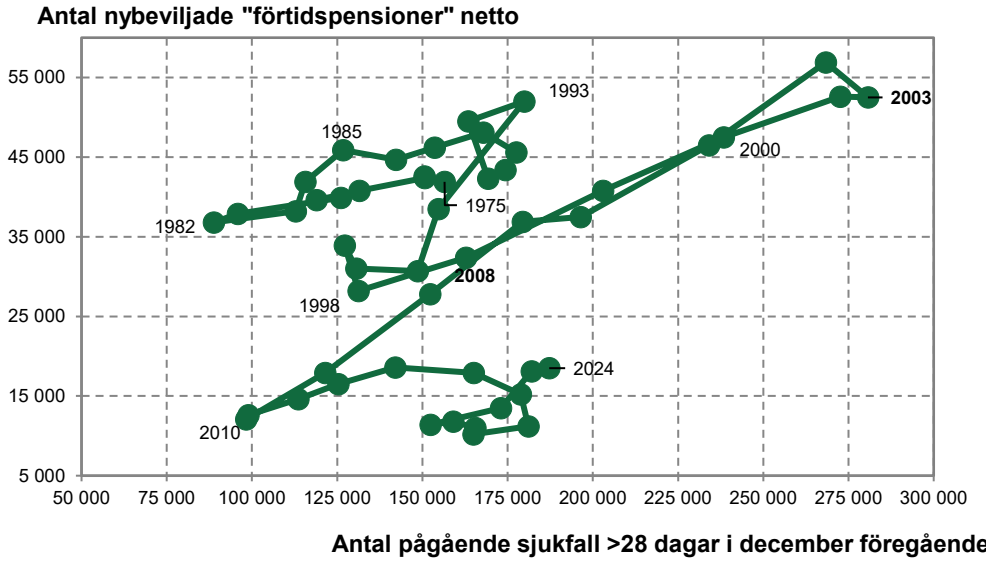
[184] Försäkringskassan (2025b).

[185] Ibid.

[186] Bedömningen av rätten till sjukpenning görs mot ett arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden eller mot ett annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade. Bedömning av rätten till sjukersättning görs som utgångspunkt mot förvärvsarbeten på arbetsmarknaden och här ingår i viss utsträckning anpassade arbeten samt olika typer av subventionerade anställningar.

[187] Försäkringskassan (2017a).

Figur 9 **Längre sjukfall samt nybeviljad sjukersättning och aktivitetsersättning 1975–2024 – förtidspension/sjukbidrag före 2003, omräknat till heltidssjukfrånvaro**



Källa: Lidwall & Skogman Thoursie (2000) samt Försäkringskassan (2025b).

Trots den försvagade samvariationen mellan längre sjukpenningfall och nybeviljande av sjuk- och aktivitetsersättning finns ett fortsatt samspel mellan de två ersättningarna. Försäkringskassan visade nyligen att tidigare nyttjande av sjukpenning var en viktig riskfaktor för att lämna arbetslivet i förtid via sjukersättningen, bland dem som beviljats sjukersättning enligt det nyare regelverket.[188]

Andelen avslag har varierat över tid på grund av regeländringar och utveckling av praxis

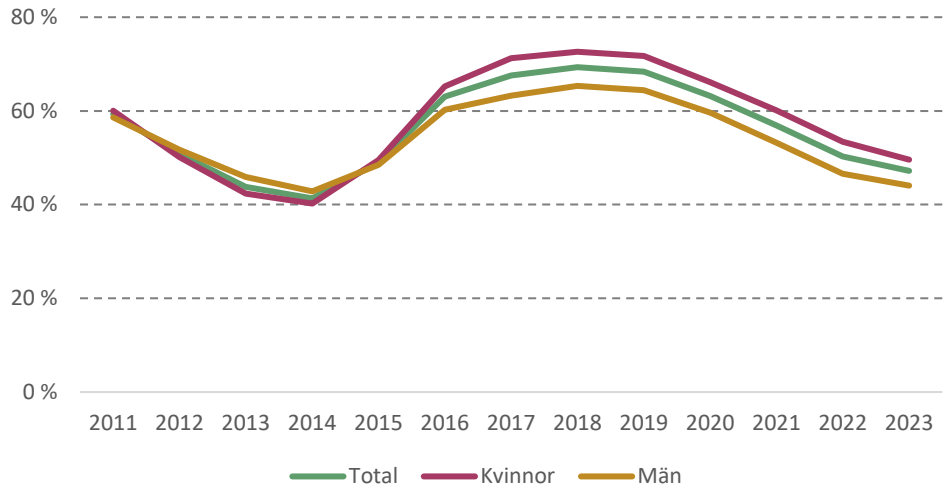
En ytterligare faktor som kan påverka hur många som beviljas sjukersättning är hur regelverket är utformat och tillämpas. I detta avsnitt görs därför ett nedslag i hur andelen avslag förändrats sedan Försäkringskassan började sammanställa statistik över avslag och bifall 2011.

Figur 10 visar att andelen avslag även har varierat under perioder då det inte har skett några större förändringar i regelverket. Under perioden 2011–2014 minskade andelen avslag markant från 59 procent till 41 procent för att sedan kraftigt öka till periodens högsta nivå på 69 procent 2018. Generellt kan sägas att andelen avslag var som högst under perioden 2016–2020. Såväl en statlig utredning som ISF, Riksrevisionen och Försäkringskassan har lyft tänkbara förklaringar till de variationer över tid som inte beror på regeländringar. En gemensam slutsats är att denna typ av variation sannolikt beror på förändringar i hur Försäkringskassan tillämpar regelverket.[189] Försäkringskassan påbörjade 2015 ett arbete med att öka den rättsliga kvaliteten i utredningar av sjukersättning. Det framhålls som en orsak till att avslagen ökade under en period därefter.

[188] Försäkringskassan (2024e).

[189] SOU 2021:69; Försäkringskassan (2017b); ISF (2012); Riksrevisionen (2018).

Figur 10 **Andel avslag vid ansökan om sjukersättning, samtliga beslut 2011–2023[190], per kön**



Källa: Försäkringskassans datalager SToRE (2024).

Sedan införandet av de nya reglerna för äldre har andelen avslag minskat betydligt för personer 60–64 år

Mellan 2021 och 2023 minskade andelen avslag från 57 procent till 47 procent. Minskningen av avslag mellan 2021 och 2022 kan bero på en dom från Högsta förvaltningsdomstolen 2019 som innebar ett förtydligade av begreppet förvärvsarbete på arbetsmarknaden.[191] I budgetpropositionen för 2024 konstateras att domen även framöver kan medföra att andelen avslag minskar.[192]

I en studie från ISF framkommer att andelen avslag på ansökningar från personer i åldersgruppen 60–64 år har minskat tydligt sedan reglerna infördes. Andelen avslagsbeslut har gått från 64 procent i genomsnitt under året före lagändringen till 33 procent i genomsnitt under året som följde.[193]

Både ISF:s och Försäkringskassans studier lyfter att många av de äldre som har beviljats sjukersättning efter lagändringen har arbetat i fysiskt krävande yrken samt att den största procentuella ökningen finns bland personer med sjukdomar i rörelseorganen.[194] Det ligger i linje med intentionerna med de nya reglerna, där syftet var att erbjuda ekonomisk trygghet åt dem som har slitit ut sig i jobbet och inte kan arbeta längre.

Införandet av äldrereglerna ledde till en tydlig ökning av antalet mottagare av sjukersättning i målgruppen, vilket konstateras i den statliga utredning som tillsattes för att följa upp ett antal ändringar i sjukförsäkringen under 2021 och 2022.[195] Utredningen konstaterade vidare att ökningen omfattar olika grupper på arbetsmarknaden: såväl män som kvinnor, försäkrade med olika diagnoser samt anställda inom olika yrken. Ökningen bland dem med problem i

[190] I Försäkringskassans register finns endast uppgift om avslag från och med år 2011.
[191] HFD 2019 ref. 48.
[192] Prop. 2023/24:1 utgiftsområde 10, s. 16.
[193] ISF (2023b).
[194] Ibid.; Försäkringskassan (2023a).
[195] SOU 2024:26.

rörelseorganen respektive dem som arbetar i yrken inom byggverksamhet och tillverkning var dock mest omfattande under de första 9 månader som utredningen kunde studera. Utredningen pekade även på att fler långtidssjukskrivna (sjukskrivna minst 1 år) övergått från sjukpenning till sjukersättning. För denna grupp har reformen inte haft någon inverkan på vare sig arbetsinkomster, inkomster totalt eller på hälsa (hälsa mäts som inläggningar i sjukvården samt konsumtion av läkemedel).

Utredningen konstaterade även att reformen hade haft en tydlig inverkan på antalet nya försäkrade som beviljas sjukersättning. Ökningen av nybeviljanden konstaterades vara ungefär lika stor med avseende på beviljanden på heltid (83 procent) och deltid (63 procent), som för män (82 procent) och kvinnor (75 procent). Tydligast var dock ökningen bland försäkrade med en muskuloskeletal diagnos (129 procent).[196]

Vanligare att kvinnor får avslag på sin ansökan om sjukersättning – men diagnos har starkare samband med avslagsbeslut än kön

Sedan 2016 har andelen avslag för kvinnor varit högre än för män. Även om skillnaden minskat något de senaste åren fick 50 procent av kvinnorna avslag på sin ansökan om sjukersättning år 2023, jämfört med 44 procent av männen. Försäkringskassan undersökte i en studie från 2024 om skillnaderna beror på osakliga könsskillnader.[197] Med osakliga könsskillnader avses skillnader som finns kvar när hänsyn har tagits till övriga omständigheter av vikt för bedömningen.[198] Resultatet visar att kvinnor har 3–4 procents högre avslagsrisk än män när de olika påverkningsfaktorerna beaktas. Av faktorerna i modellen så förklarade diagnos störst andel av resterande skillnader i avslag.

För att närma sig orsaken till den återstående skillnad som inte kan förklaras av de ovan nämnda faktorerna, har Försäkringskassan analyserat orsaker till avslag på sjukersättning, och om det finns skillnader mellan kvinnor och män, samt mellan olika diagnoser. I studien analyseras sambandet mellan kön, diagnos och beslut.[199]

Analysen visade att den diagnosgrupp som den sökande tillhör har ett starkt samband med beslut (avslag respektive bifall). Exempelvis medför sjukdomar i rörelseorganen högre risk för avslag, medan vissa psykiatriska tillstånd medför lägre risk. Kvinnor söker oftare sjukersättning för diagnoser med högre risk för avslag, som sjukdomar i rörelseorganen. Män söker oftare för diagnoser med lägre risk, exempelvis vissa psykiatriska tillstånd. Skillnaden mellan kvinnor och män är inte statistiskt säkerställd när man kontrollerar för diagnos. Slutsatsen är därmed att det inte finns några stora osakliga könsskillnader. Inom två diagnosavsnitt, båda för psykiatriska tillstånd, är det dock vanligare att få avslag bland kvinnor än bland män.[200]

---

[196] Ibid.

[197] Försäkringskassan (2024a).

[198] I studien genomfördes en multivariat analys där skillnader i avslag tar hänsyn till ytterligare påverkningsfaktorer utöver kön. Faktorerna var diagnos, ålder, om den ansökande är utrikesfödd, länstillhörighet och om hen varit sjukskriven under det senaste året.

[199] Försäkringskassan (2025a).

[200] Ibid.

4.Vem har sjukersättning?

I det här kapitlet beskriver vi vilka personer som har sjukersättning och hur gruppen har förändrats 2003–2023. Vi redovisar både nyttjandegraden i olika grupper och sammansättningen av gruppen personer med sjukersättning.

Nyttjandegraden anger hur stor andel av befolkningen som har sjukersättning. Den kan till exempel användas för att förstå skillnader mellan olika grupper i hur vanligt det är att ha sjukersättning. Sammansättningen visar hur gruppen som har sjukersättning ser ut, och kan till exempel användas för att få en bild av vilka förutsättningar eller behov de har.

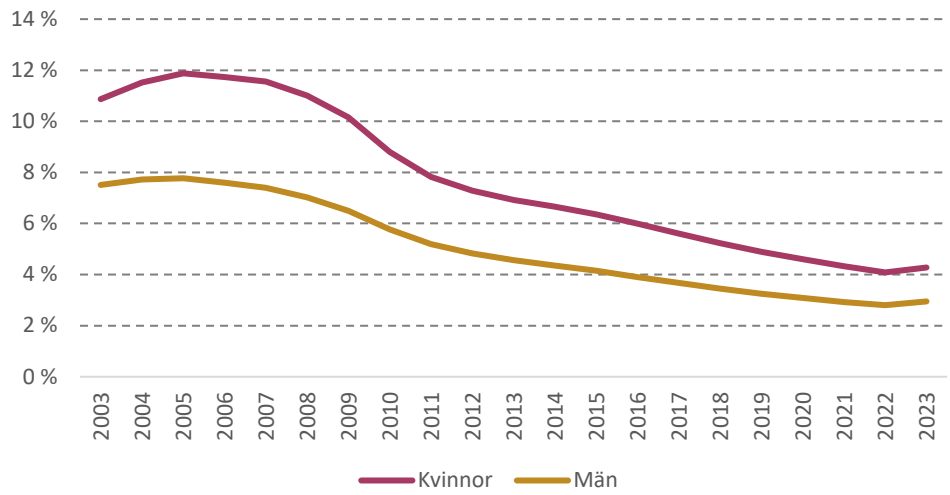
Fler kvinnor än män har sjukersättning

Nyttjandegraden har varit högre bland kvinnor än bland män sedan sjukersättningen infördes 2003. Nyttjandet har sjunkit bland både kvinnor och män, men könsskillnaderna har bestått.

År 2005, när antalet var som störst, hade 11,9 procent av kvinnorna i åldrarna 19–65 år sjukersättning, jämfört med 7,8 procent av männen. År 2023 var det 4,3 procent av kvinnorna och 3 procent av männen.

Den relativa könsskillnaden, som innebär en jämförelse mellan andelen bland kvinnor och andelen bland män, har varit stabil: kvinnornas andel har varit omkring 50 procent större än männens 2003–2023.[201]

Figur 11 Nyttjandegraden för sjukersättning, per kön i åldrarna 19–65 år i december 2003–2023



Källa: Försäkringskassans datalager SToRE (2024).

[201] Kvoten för kvinnors nyttjandegrad som andel av mäns har varit mellan 1,45 och 1,57 under perioden.

Könsskillnaderna orsakas av att kvinnor har fler och längre sjukpenningfall

Försäkringskassan förklarade nyligen kvinnors högre nyttjande av sjukersättning med kvinnors sjukhistorik.[202] Enligt studien har kvinnor fler och längre sjukfall än män. Vid justering för tidigare och längre sjukfall fanns ingen signifikant skillnad mellan kvinnors och mäns sannolikhet att beviljas sjukersättning.[203]

Möjliga delförklaringar till att kvinnor har fler och längre sjukfall än män som brukar nämnas är att kvinnor i högre grad arbetar inom yrken och branscher med strukturella problem i den sociala och organisatoriska arbetsmiljön. Att kvinnor tar större ansvar för barn och familj medför också att de får en större sammanlagd arbetsbelastning än män.[204] [205] Utöver dessa finns ytterligare delförklaringar, exempelvis skillnader i kvinnors och mäns hälsorelaterade beteenden.[206]

Ungefär 60 procent av personerna med sjukersättning är kvinnor

Att nyttjandegraden är högre bland kvinnor märks i könsfördelningen bland dem som har sjukersättning. Sedan sjukersättningen infördes 2003 har en större andel av personerna med sjukersättning varit kvinnor, och andelen har legat förhållandevis stabilt omkring 60 procent. Sedan 2020-talets början har skillnaderna minskat något; år 2023 var andelen kvinnor 58 procent och andelen män 42 procent.

---

[202] Försäkringskassan (2024e).

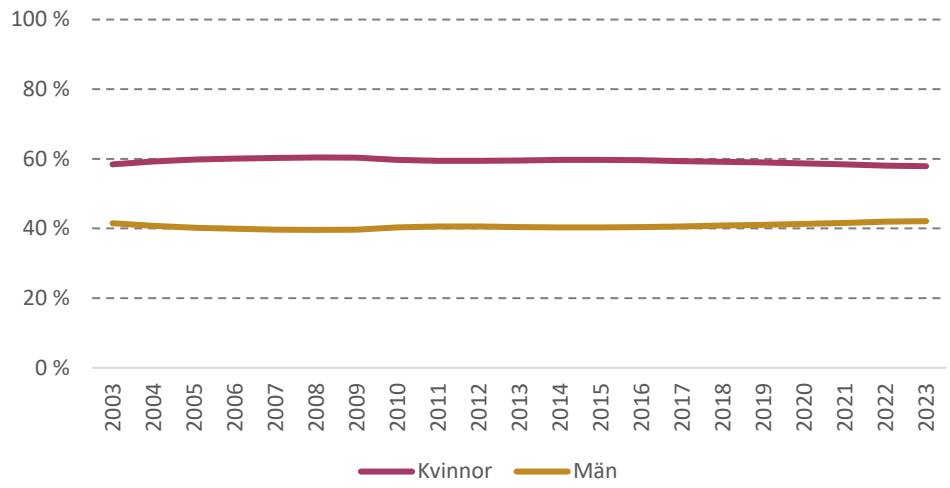
[203] Av studiepopulationen, som år 2007 var 40–49 år, hade 3,2 procent av kvinnorna och 2,3 procent av männen fått sjukersättning under en femtonårig uppföljningsperiod. Enligt analysen ger en dag med sjukpenning en 1 procents ökad risk för sjukersättning. Bland dem som beviljades sjukersättning hade 73 procent av kvinnorna och 68 procent av männen haft ett sjukfall längre än 60 dagar året före.

[204] Försäkringskassan (2023b).

[205] Detta är i linje med att det är lika vanligt bland könen att nyttja endast garantiersättning, medan det är vanligare bland kvinnor att nyttja endast inkomstbaserad sjukersättning eller kombinerad ersättning. Detta tyder på att det är ungefär lika vanligt att ha haft en begränsad arbetsförmåga redan i utgångsläget, men att det är vanligare bland kvinnor att förlora sin arbetsförmåga under arbetslivet. Se vidare i avsnitt Nyttjandet av inkomstrelaterad sjukersättning har minskat.

[206] Se exempelvis Courtenay, W.H (2000); Avdic, D, Johansson P (2013).

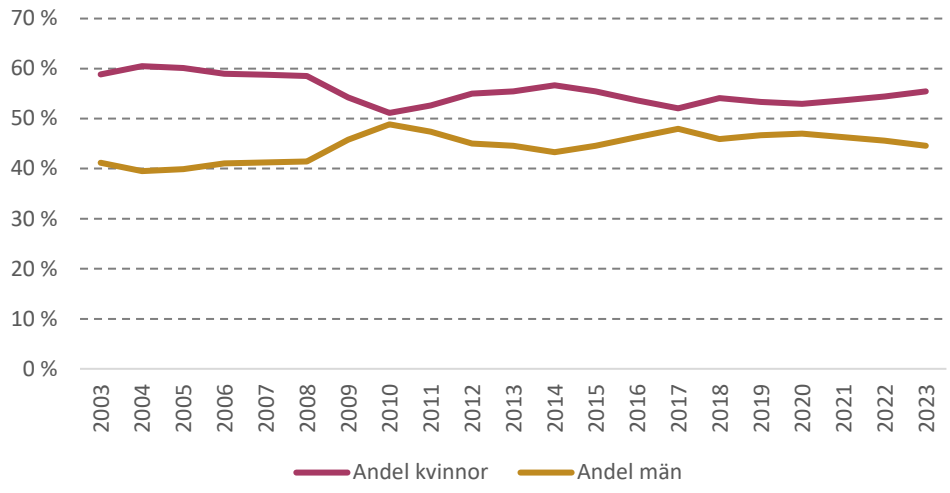
Figur 12 **Andelen kvinnor respektive män, bland mottagarna av sjukersättning i december 2003–2023**



Källa: Försäkringskassans datalager SToRE (2024).

En delförklaring till att skillnaden har minskat något är att könsfördelningen har varierat bland de nybeviljade. Andelen kvinnor bland de nybeviljade har varit högre under hela perioden, och fram till 2008 utgjorde kvinnor omkring 60 procent. Andelarna har varierat sedan dess, men varit mer lika än före 2008. År 2023 utgjorde kvinnor 55 procent bland dem som beviljats sjukersättning, och män utgjorde 45 procent.

Figur 13 **Andelen kvinnor respektive män, bland nybeviljade sjukersättningar 2003–2023**



Källa: Försäkringskassans datalager SToRE (2024).

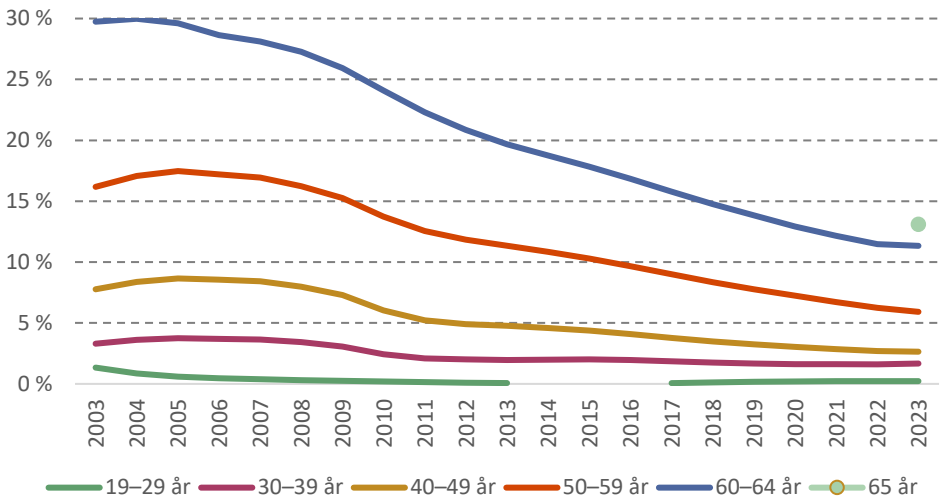
Fler äldre har sjukersättning

Nyttjandegraden av sjukersättning stiger med åldern. Innan åldern för allmän pension höjdes 2023 var nyttjandet som högst bland 60–64 åringar, men 2023 var nyttjandet som högst bland 65-åringar.

Nyttjandegraden steg inledningsvis i alla åldersgrupper över 30 år, men har sedan 2005 minskat i alla åldersgrupper. Den största minskningen har skett i de äldre åldersgrupperna. I åldrarna 60–64 år har nyttjandet minskat från 30 till 11 procent, i åldrarna 50–59 år från 17 till 6 procent, i åldrarna 40–49 år från 9 till 3 procent och i åldrarna 30–39 år från 4 till 2 procent.

Bland personer under 30 år minskade nyttjandegraden från drygt 1 procent under de första åren till följd av införandet av aktivitetsersättningen. Sedan 2017 har även personer 19–29 år möjlighet att ansöka om sjukersättning.[207]

Figur 14 Nyttjandegraden för sjukersättning, per åldersgrupp i december, 2003–2023



Källa: Försäkringskassans datalager SToRE (2024).

Nyttjandet stiger med åldern i högre grad bland kvinnor än män

Nyttjandet av sjukersättningen stiger med åldern bland både kvinnor och män, men i högre grad bland kvinnor. Under perioden 2003–2016 var det vanligare bland kvinnor än män att ha sjukersättning i alla åldersgrupper utom 19–29 år. Detta mönster fortsatte 2017–2023 för alla åldersgrupper utom 30–39 år, där det blev vanligare bland män att ha sjukersättning.

Skillnaderna mellan män och kvinnor har minskat i åldersgrupperna 30–39 år och 40–49 år, men har generellt ökat bland dem som är över 50 år. Skillnaderna minskade emellertid i gruppen 60–64 år mellan 2022 och 2023. En förklaring är införandet av äldrereglerna i september 2022. Därefter ökade nybeviljandet av sjukersättning, framför allt bland dem med fysiskt krävande yrken. Ökningen skedde för båda könen, men i högre grad bland män.[208]

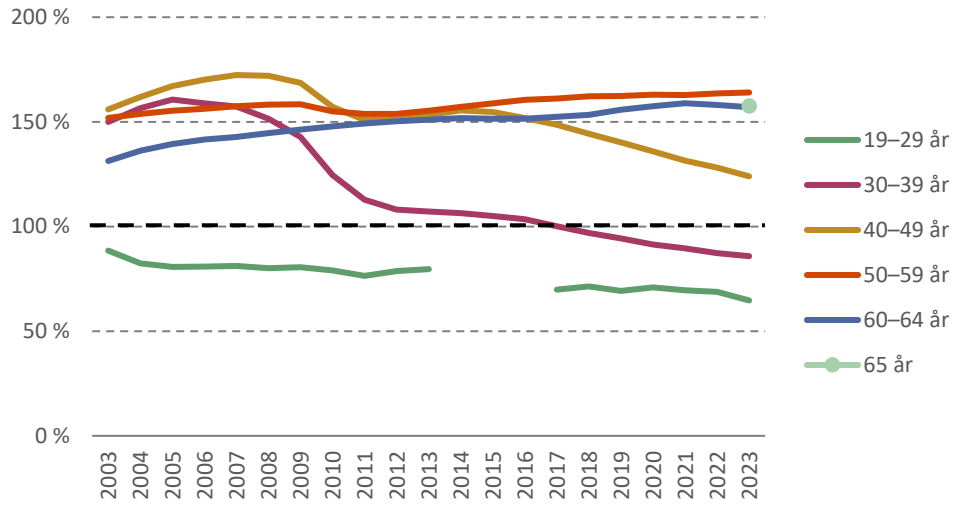
I de äldre åldersgrupperna finns fler som beviljats sjukersättning enligt regelverket som gällde före den 1 juli 2008. År 2023 finns de bara bland personer som är 45 år och äldre.

---

[207] Den största minskningen, procentuellt sett, har skett inom gruppen 19–29 år. En möjlig förklaring till minskningen i denna åldersgrupp är införandet av aktivitetsersättningen. Införandet innebar inledningsvis att gruppen under 30 stegvis försvann, eftersom inga fler i denna åldersgrupp nybeviljades ersättningen.

[208] Försäkringskassan (2024c).

Figur 15 **Kvinnors nyttjandegrad som andel av mäns, per åldersgrupp i december, 2003–2023**



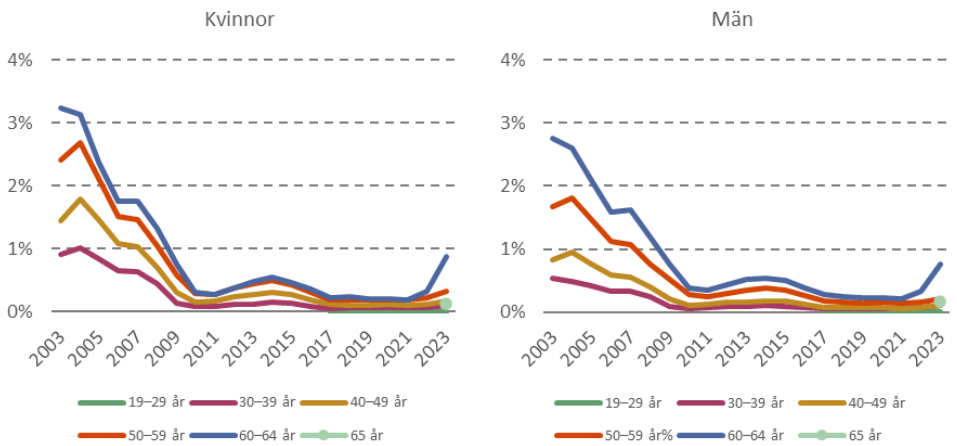
Källa: Försäkringskassans datalager SToRE (2024).

På väg mot ett relativt högre nyttjande bland män i fler åldersgrupper?

En förklaring till att mäns nyttjandegrad har blivit högre än kvinnors i åldrarna 30–39 år och 40–49 år är att andelen av befolkningen som nybeviljas sjukersättning i dessa åldersgrupper har minskat i högre grad bland kvinnor än bland män. Andelarna har därmed blivit mer lika mellan könen sedan början av 2010-talet. Samtidigt fylls åldersgrupperna på med personer som beviljats i de yngsta åldrarna, där mäns nyttjandegrad är högre.

Även i de äldre åldersgrupperna ses en alltmer lik könsfördelning bland nybeviljade, men de grupperna har i stället fyllts på från åldersgrupper där kvinnor har ett högre nyttjande.

Figur 16 **Andelen nybeviljade kvinnor respektive män i befolkningen per åldersgrupp i december, 2003–2023**



Källa: Försäkringskassans datalager SToRE (2024).

Ålderssammansättningen har varit likartad 2003–2023

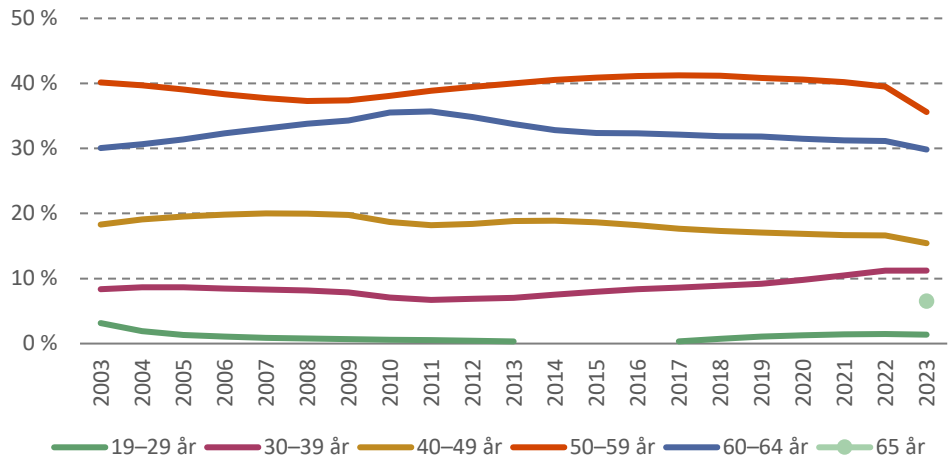
Förändringarna i nyttjandegraden har inte i någon större utsträckning påverkat ålderssammansättningen bland personerna med sjukersättning. Den har varit förhållandevis likartad sedan 2003.

Den största åldersgruppen är 50–59-åringar, som utgör ungefär 40 procent av personerna med sjukersättning. Den näst största är 60–64-åringar, med 30–35 procent. Därefter följer 40–49-åringar och 30–39-åringar. När åldersgränsen för sjukersättningen höjdes år 2023 förändrades ålderssammansättningen något, så att 65-åringar utgjorde 7 procent av personerna med sjukersättning.

Under största delen av perioden har endast 1 procent av mottagarna varit under 30 år. Det förklaras delvis av att personer under 30 år inte kunde beviljas sjukersättning före 2017. Mottagarna var personer som hade beviljats förtidspension före 2003. Att andelen varit fortsatt låg sedan 2017 förklaras till viss del av att det kan vara svårt att fastställa att arbetsförmågan är stadigvarande nedsatt så pass tidigt i livet, och att dessa personer i stället kan beviljas aktivitetsersättning. Det är också få personer i denna åldersgrupp som hunnit delta i arbetslivet tillräckligt länge för att deras arbetsförmåga ska ha påverkats av det. Dessutom kan personer under 30 år bara beviljas sjukersättning med hel omfattning.

Ålderssammansättningen är likartad bland kvinnor och män. Sedan 2010 är andelen av de som har sjukersättning, som är 50 år eller äldre, större bland kvinnor än bland män. Omvänt är en större andel av männen under 50 år.

Figur 17 Åldersfördelningen bland personer med sjukersättning i december 2003–2023



Källa: Försäkringskassans datalager SToRE (2024).

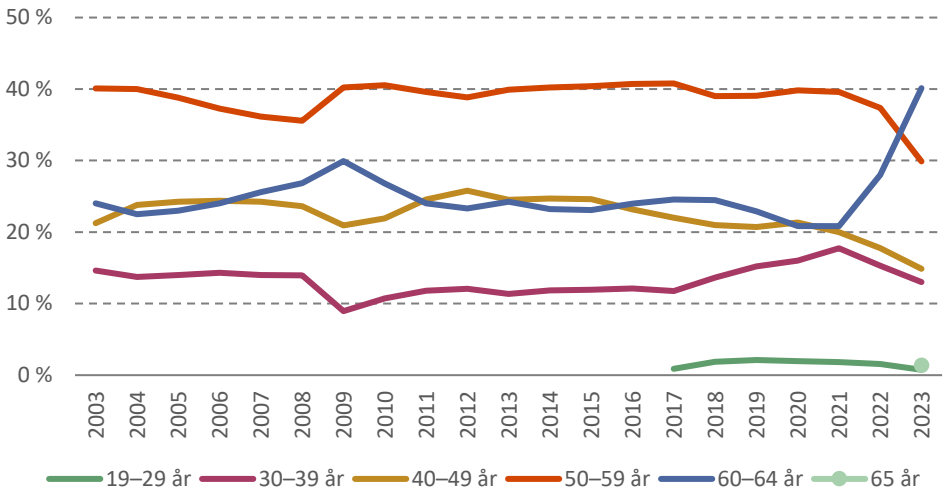
De nya reglerna för äldre kan få större genomslag på ålderssammansättningen i framtiden

Eftersom man normalt har sjukersättning under längre perioder kan det ta lång tid för förändringar att få genomslag. I detta avsnitt studerar vi därför åldersfördelningen bland dem som nybeviljats ersättningen.

Efter att de nya reglerna för äldre trädde i kraft i september 2022 förändrades ålderssammansättningen bland dem som nybeviljats sjukersättning. Tidigare var den förhållandevis likartad.

Åldersgruppen 50–59 år var störst, och utgjorde omkring 40 procent av de nybeviljade. Åldersgrupperna 40–49 år och 60–64 år utgjorde 20–30 procent vardera och åldersgruppen 30–39 år utgjorde 10–15 procent. Sedan 2017 har åldersgruppen 19–29 år utgjort 1–2 procent av inflödet. Under 2023 var 60–64-åringar den största åldersgruppen bland nybeviljade, efter att åldersgränsen höjdes från 65 till 66 år, och 1 procent var 65 år gamla.

Figur 18 **Åldersfördelningen bland personer som nybeviljades sjukersättning 2003–2023**



Källa: Försäkringskassans datalager SToRE (2024).

Nyttjandet av sjukersättning är högre bland personer med lägre socioekonomisk standard

Flera studier har visat att sjukersättningen nyttjas i högre grad bland personer med lägre socioekonomisk standard,[209] alltså personer som har lägre utbildning och inkomster. En trolig förklaring är att dessa personer ofta arbetar i yrken och branscher med sämre arbetsmiljö.[210] Personer med enbart förgymnasial utbildning har också sämre hälsa än de med högre utbildning. Det kan delvis förklaras av att den som har sämre hälsa i utgångsläget kan ha svårare att utbilda sig. Personer med lägre utbildning riskerar även att bli kvar i yrken med sämre arbetsmiljö.[211] Det finns också fler möjliga delförklaringar, exempelvis ekonomiska incitament, preferenser[212] och möjligheter till utveckling i arbetet.[213]

Nyttjandet av sjukersättning minskar med högre utbildningsnivå

Försäkringskassan har tidigare visat att nyttjandegraden är högst bland personer med enbart förgymnasial utbildning, och lägre bland dem med eftergymnasial utbildning. År 2021 var nyttjandegraden 9 procent bland dem med förgymnasial utbildning, 4 procent bland dem med gymnasial utbildning och 1 procent bland dem med eftergymnasial utbildning. Andelen kvinnor var högre än andelen män i alla grupper, även om skillnaden minskade med högre utbildningsnivå.[214] Andelen med sjukersättning har minskat för alla utbildningsnivåer, men skillnaderna är fortsatt stora.

---

[209] Se exempelvis Försäkringskassan (2025b); Försäkringskassan (2024d); Johansson P, Laun L, Palme M, Stensöta H (2018).

[210] Johansson P, Laun L, Palme M, Stensöta H (2018).

[211] Försäkringskassan (2024e).

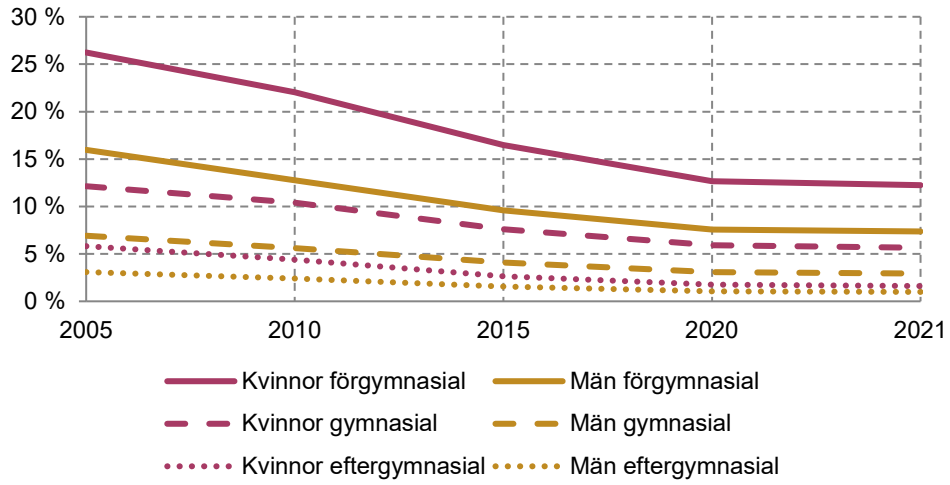
[212] Inom nationalekonomisk teori används begreppet preferenser för hur individer subjektivt rangordnar olika val efter vad som kommer ge dem mest nytta.

[213] Se exempelvis Skogman Thoursie, P (1999); Johansson P, Laun L, Palme M, Stensöta H (2018).

[214] Försäkringskassan (2023b).

Skillnaderna i nyttjandet har minskat både bland kvinnor och bland män, och i procentenheter var skillnaden betydligt mindre 2021 jämfört 2005. Samtidigt har de relativa skillnaderna mellan kvinnor och män med olika utbildningsnivå ökat.[215] Under samma decennier minskade dock andelen i befolkningen med enbart förgymnasial utbildning, och andelen med gymnasial eller eftergymnasial utbildning ökade.

Figur 19 **Nyttjandegraden för sjukersättning, per kön och utbildningsnivå i åldrarna 19–64 år, 2005–2021**



Källa: Försäkringskassan (2023b).

Vanligast med sjukersättning i ensamhushåll

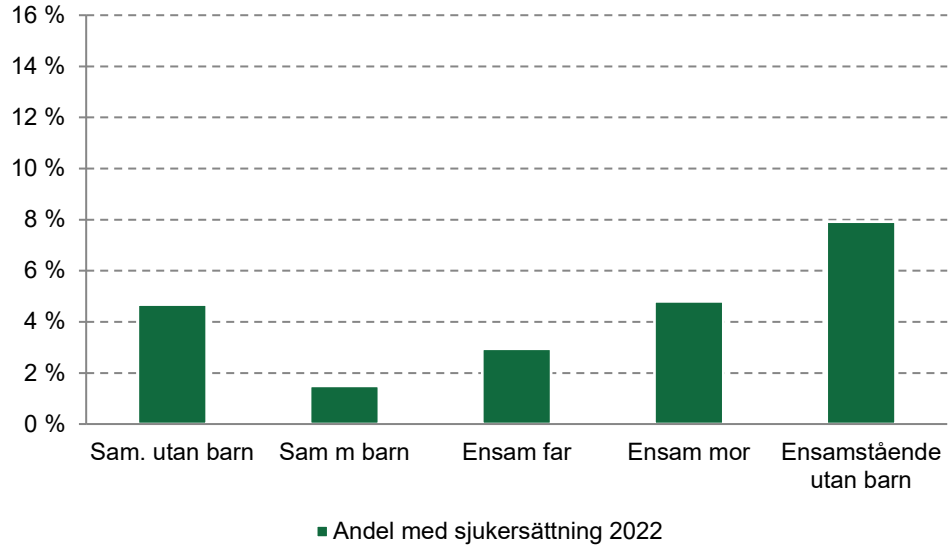
Sjukersättning är vanligast bland ensamhushåll utan hemmavarande barn; nästan 8 procent av dem har sjukersättning. En delorsak är att sjukersättning är vanligast i äldre åldersgrupper, där hemmavarande barn är mindre vanligt.

Näst vanligast är sjukersättning dock bland ensamstående mammor, men också bland sammanboende utan hemmavarande barn; nästan 5 procent i båda grupperna har sjukersättning.

Minst vanligt är sjukersättning i hushåll med sammanboende med hemmavarande barn, där färre än 2 procent har sjukersättning.

[215] Ibid.

Figur 20 **Nyttjandegraden av sjukersättning bland personer 30–69* år, per hushållstyp 2022**



* Åldrarna upp till 69 år, eftersom dessa data tagits fram för en tidigare rapport. Personer över 65 år kvalificerade sig inte för sjukersättning 2022.
Källa: Försäkringskassan (2025c).

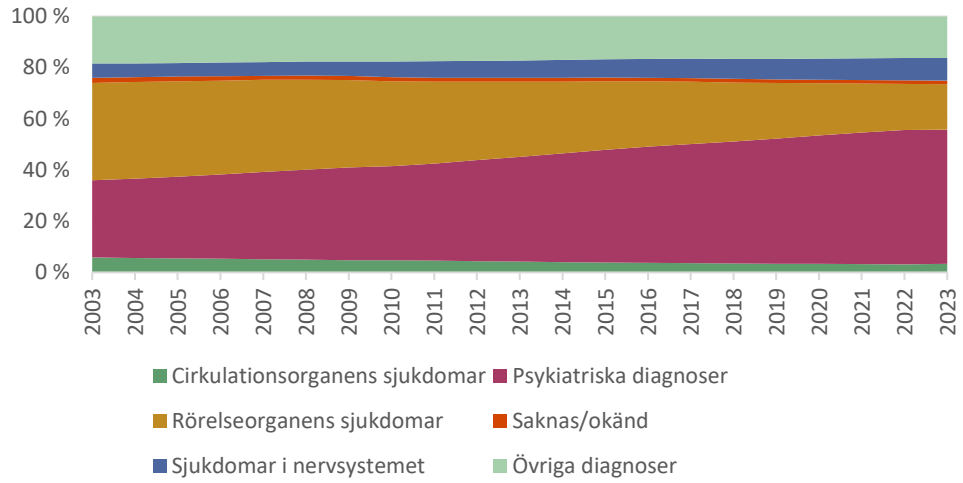
Allt större andel har en psykiatrisk diagnos

2003–2023 har ett tydligt skifte skett i huvuddiagnoser bland dem som har sjukersättning. Fram till 2008 var det vanligast med diagnoser inom rörelseorganens sjukdomar, men därefter har andelen med psykiatriska diagnoser ökat kraftigt, från 30 procent 2003 till fler än 50 procent 2023.

Sjukdomar i rörelseorganen har minskat från 38 till 18 procent. Sjukdomar i nervsystemet har ökat från 6 till 9 procent.

Andelen av befolkningen som har sjukersättning, har minskat oavsett diagnos. Förändringarna i diagnossammansättningen bland dem som har sjukersättning beror således på att nyttjandegraden har minskat i olika takt för olika diagnoser. Nyttjande för sjukdomar i rörelseorganen har minskat mest, men för psykiatriska diagnoser har minskningen skett långsammare.

Figur 21 **Andelen av personer med sjukersättning, per diagnosgrupp i december, 2003–2023**



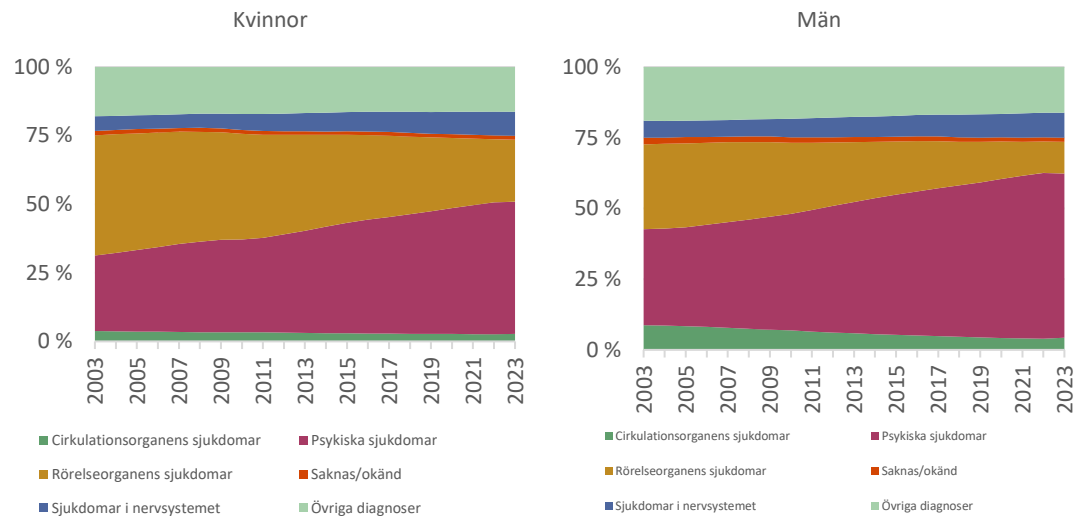
Källa: Försäkringskassans datalager SToRE (2024).

Det finns vissa skillnader i diagnossammansättningen mellan kvinnor och män. 2003 var det vanligare bland kvinnor än bland män att ha sjukdomar i rörelseorganen, medan *andra diagnoser* var vanligare bland män än bland kvinnor.

För både kvinnor och män gäller utvecklingen med stigande andel i psykiatriska diagnoser och sjukdomar i nervsystemet, samt minskade andel i cirkulationsorganens och rörelseorganens sjukdomar. Samtidigt har skillnaderna främst i andelen med sjukdomar i rörelseorganen ökat. Andelarna med andra diagnoser och diagnoser inom nervsystemet var lika mellan könen. Andelen med psykiatriska diagnoser och sjukdomar i cirkulationsorganen är större bland män även 2023.

Att andelen med psykiatrisk diagnos är större bland män än bland kvinnor som har sjukersättning, innebär inte att det är vanligare bland män generellt att få sjukersättning för en psykiatrisk diagnos. Sett till befolkningen som helhet, är det vanligare bland kvinnor att ha sjukersättning för en psykiatrisk diagnos än bland män.

Figur 22 **Andelen av män respektive kvinnor med sjukersättning per diagnosgrupp i december, 2003–2023**



Källa: Försäkringskassans datalager SToRE (2024).

Regionala skillnader i nyttjandet av sjukersättning

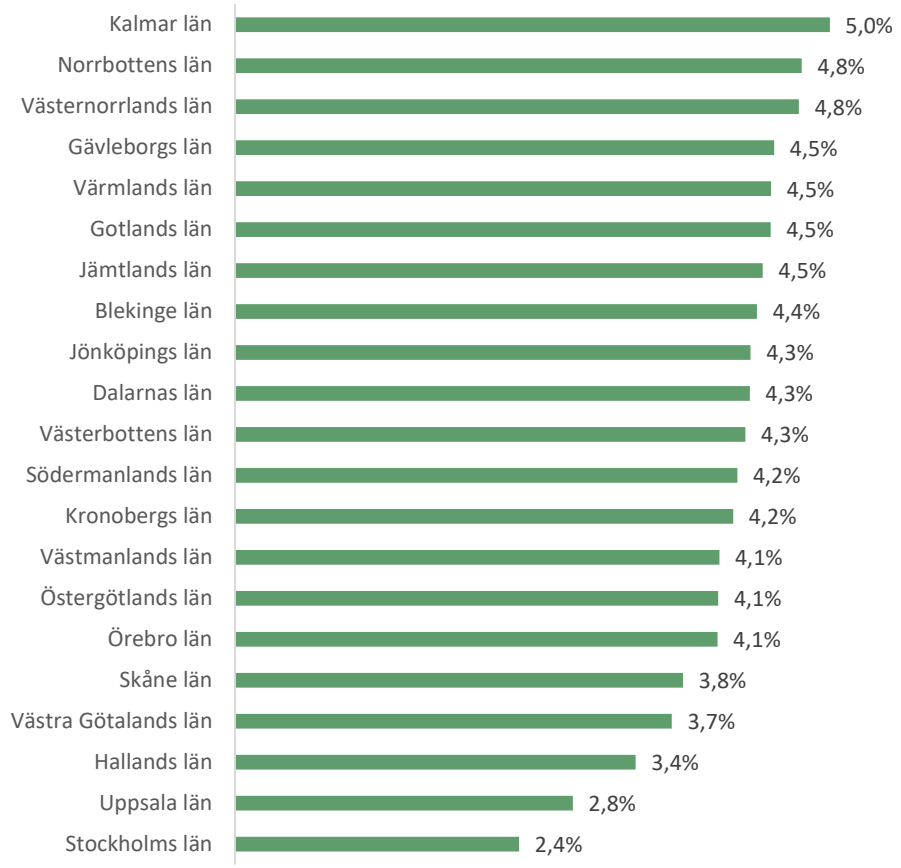
Försäkringskassan har tidigare visat att det finns regionala skillnader i nyttjandet av sjukersättning. Under 2023 var andelen med sjukersättning mindre i Stockholms län, Uppsala län och Hallands län, medan den var högre i Kalmar län, Norrbottens län och Västernorrlands län. Mönstret har varit ihållande över tid.[216]

Även på kommungruppsnivå var nyttjandet lägst i storstäder och storstadsnära kommuner. Högst nyttjande finns i mindre städer eller tätorter och i landsbygdskommuner. Andelen är också relativt hög i lågpendlingskommuner nära större städer.[217]

Nyttjandet av sjukersättning har kontinuerligt varit lägre i storstäder och storstadsnära kommuner. En stor del av skillnaderna verkar bero på gruppernas situation på arbetsmarknaden. De kan också bero på olika sammansättning av de sysselsatta i olika regioner, sett till ålder och utbildningsnivå.[218]

[216] Försäkringskassan (2023b).
[217] Ibid.
[218] Ibid.

Figur 23 Nyttjandegraden för sjukersättning i åldrar 19-65 år, per län 2023

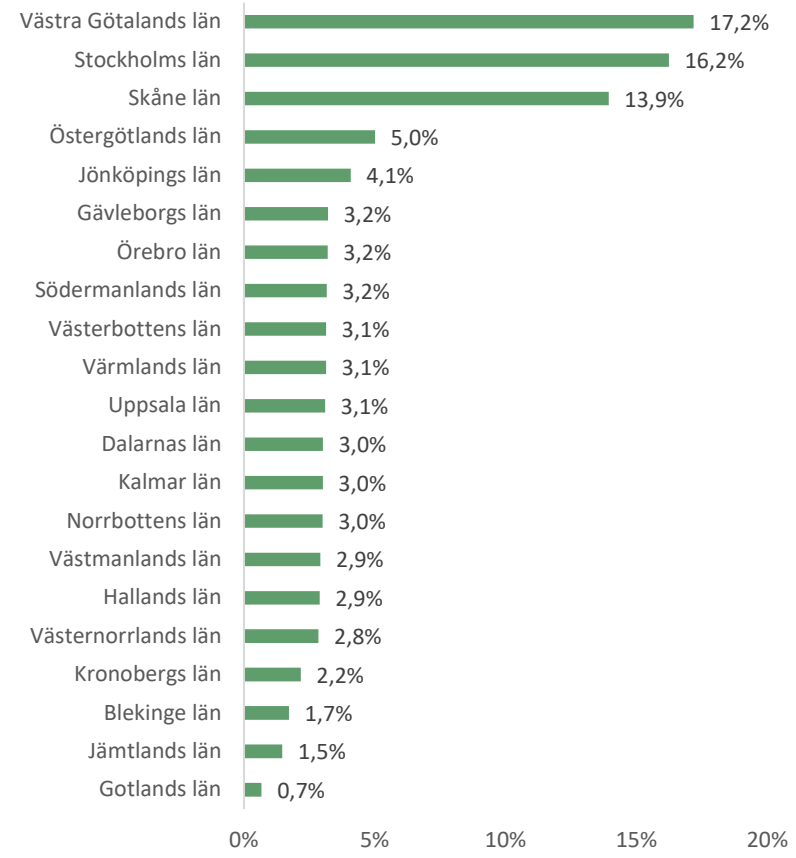


Källa: Försäkringskassans datalager SToRE (2024).

Majoriteten bor i små eller mellanstora län

Nästan hälften av mottagarna av sjukersättning hör hemma i de tre folkrikaste länen – drygt 17 procent i Västra Götaland, 16 procent i Stockholm och knappt 14 procent i Skåne län. Det förklaras framför allt av att dessa län har mycket större befolkning än de övriga.

Figur 24 Andelen av personer med sjukersättning per län 2023



Källa: Försäkringskassans datalager SToRE (2024).

Minskande skillnader mellan inrikes och utrikes födda

Antalet utrikes födda i Sverige har ökat under hela 2000-talet. År 2023 var cirka 2,2 miljoner personer födda utanför Sverige, av Sveriges befolkning på 10,5 miljoner.[219]

Försäkringskassan har tidigare beskrivit inrikes och utrikes föddas nyttjandegrad av sjukersättningen för åren 2005–2021.[220] I Figur 25 har vi kompletterat med statistik för perioden 2003–2023. För att få en nyanserad bild är det viktigt att ta med hur lång tid den utrikes födda har vistats i Sverige, eftersom det är en viktig faktor för tillgång till sjukförsäkringen.[221]

Personer som har varit i Sverige en kort tid har ett lägre nyttjande av sjukförsäkringen, men i takt med att de etableras på arbetsmarknaden ökar också deras sjukfrånvaro. Därför redovisas uppgifterna för utrikes födda uppdelat på om de har varit i Sverige längre än tio år respektive högst tio år.

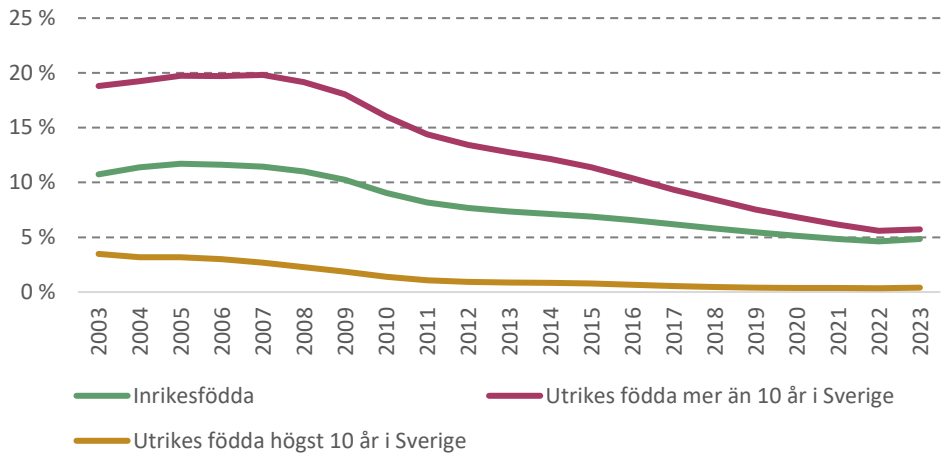
[219] Statistiska centralbyrån, SCB, (2024) Statistikdatabasen: Folkmängd efter region, kön, födelseregion och år.

[220] Försäkringskassan (2023b).

[221] Ibid.

Andelen med sjukersättning har minskat både bland inrikes födda och bland utrikes födda med längre tid i Sverige. Andelen har dock minskat mer i den senare gruppen, vilket bidragit till att skillnaderna har minskat. 2003 var nyttjandegraden bland utrikes födda med längre tid i Sverige nästan 19 procent, jämfört med drygt 11 procent bland inrikes födda. 2023 var den omkring 6 respektive 5 procent.

Figur 25 Nyttjandegraden för sjukersättning bland inrikes och utrikes födda 30–65 år, 2003–2023[222]



Källa: Försäkringskassans datalager SToRE (2024).

Tidigare forskning har visat att många arbetskrafts- och flyktinginvandrare mottog förtidspension tills systemet blev mer restriktivt generellt.[223] De restriktiva reglerna har i större utsträckning minskat mottagandet bland utrikes födda, enligt författarna. En anledning kan vara att gruppen utrikes födda med lång vistelsetid har förändrats. Av de utrikes födda som varit i Sverige i mer än tio år och fick sjukersättning 2005 hade många kommit till Sverige före 1990. Tidigare generationers arbetskraftsinvandrare lämnade oftare arbetslivet via sjukförsäkringen.

En senare studie visade att det sedan 2000 har blivit vanligare att äldre personer går från arbetsmarknaden till ålderspension, än till sjukersättning eller arbetslöshet.[224] Mönstret bland utrikes födda är dock ett annat. Utrikes födda från Norden och övriga Europa går oftare till sjukförsäkringen, medan utrikes födda från Afrika och Asien oftare går till arbetslöshet. I studien framhålls att den senare gruppen har sämre tillgång till sjukförsäkringen genom sin svagare etablering på arbetsmarknaden, vilket författarna menar också syns i deras lägre nyttjande av sjukersättningen under senare år.

Andelarna inrikes respektive utrikes födda har varit likartade

Bland personerna med sjukersättning har andelarna som är inrikes respektive utrikes födda varit likartade sedan 2003. Detta trots att andelen utrikes födda har ökat i befolkningen.

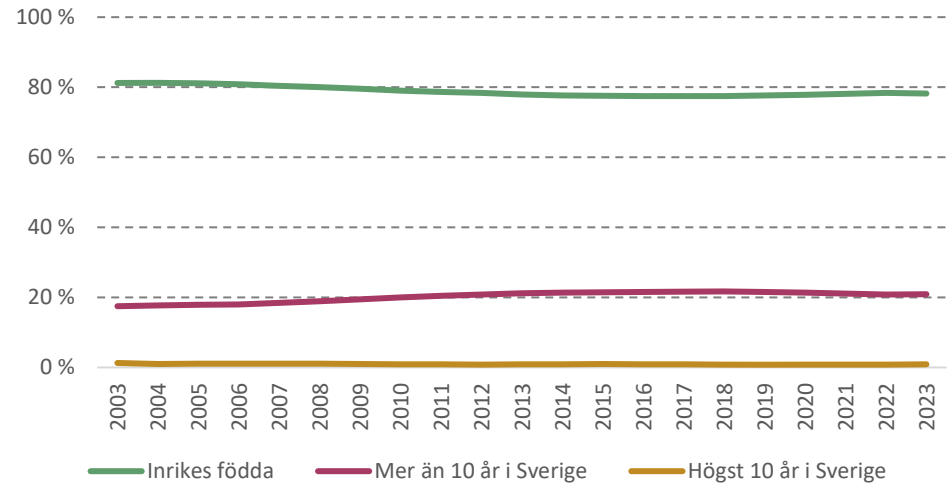
[222] Ungefär en procent av personerna med sjukersättning är utrikesfödda där det saknas uppgifter om invandringsdatum i Försäkringskassans register. Dessa har exkluderats i beräkningarna.

[223] Laun L, Liljeberg L, Åslund O (2020).

[224] Larsson F, Laun L, Åslund O (2023).

Andelen inrikes födda har varit omkring 80 procent, andelen utrikes födda som varit i Sverige längre än 10 år omkring 20 procent och andelen utrikes födda som varit i Sverige i högst 10 år har varit omkring 1 procent.

Figur 26 Andelen personer med sjukersättning 30–65 år, per födelseland och vistelsetid i Sverige 2003–2023[225]



Källa: Försäkringskassans datalager SToRE (2024).

[225] Ungefär en procent av personerna med sjukersättning är utrikesfödda där det saknas uppgifter om invandringsdatum i Försäkringskassans register. Dessa har exkluderats från beräkningarna.

5.Hur används möjligheten till arbete eller studier vid sjukersättning?

I kapitlet beskriver vi kopplingen till arbete och studier för personer med sjukersättning.

När sjukersättningen ersatte förtidspensionen och sjukbidraget var ett syfte att ersättningen inte längre skulle ses som ett slutgiltigt tillstånd med permanent ersättning fram till pensionen. Sedan dess har det införts fler möjligheter för personer med sjukersättning att arbeta eller studera. Först i kapitlet beskriver vi hur vanligt det är att arbeta bland personer med partiell ersättning. Därefter beskriver vi nyttjandet av möjligheter till arbete eller studier via vilande ersättning respektive steglös avräkning. Kapitlet avslutas med indikatorer på i hur stor utsträckning personer med sjukersättning lämnar ersättningen för att återgå i arbete.

De flesta med partiell sjukersättning arbetar

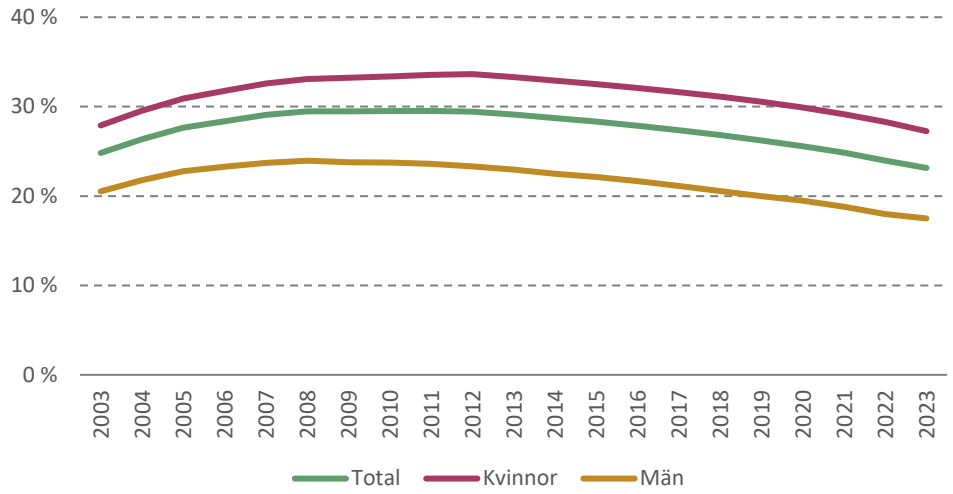
Majoriteten av dem som har sjukersättning har hel omfattning, alltså 100 procent. De vars arbetsförmåga inte är helt nedsatt kan i stället ha sjukersättning på 25, 50 eller 75 procent, vilket kallas partiell sjukersättning. Resten av tiden har de rätt att arbeta.

Nästan en fjärdedel har partiell ersättning

Andelen med partiell sjukersättning steg under de första åren men minskade det senaste decenniet, från 30 procent 2011 till 23 procent 2023. Det är vanligare att kvinnor har partiell ersättning, jämfört med män. Så har det varit under hela perioden.

Fördelningen mellan de olika nivåerna har varit förhållandevis likartad under 2003–2025. Ersättning på 50 procent är vanligast; andelen har legat mellan15–20 procent av alla som har sjukersättning. Motsvarande andel för ersättning på 25 procent har legat mellan 5–8 procent, och ersättning på 75 procent omkring 3 procent.

Figur 27 **Andelen med partiell ersättning, av alla med sjukersättning 2003–2023**



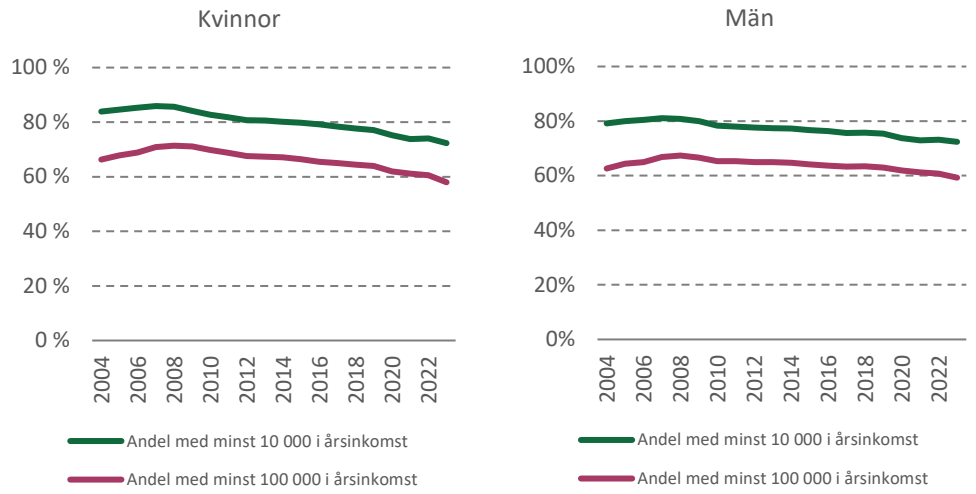
Källa: Försäkringskassans datalager SToRE (2024).

Över 70 procent av dem med partiell sjukersättning arbetar

De allra flesta av dem som har partiell sjukersättning arbetar i någon utsträckning. 2004 hade ungefär 82 procent av dem minst 10 000 kronor i årsinkomst. Andelen steg därefter till 84 procent 2008, men har minskat sedan dess. 2023 hade 72 procent av personer med partiell sjukersättning minst 10 000 i årsinkomst. Även andelen personer med partiell sjukersättning med minst 100 000 kronor i årsinkomst steg under åren 2004 till 2009, från 65 procent till 70 procent. Sedan dess har andelen minskat något till 58 procent 2023. Utvecklingen har varit likartad för båda könen. Det har varit något vanligare att arbeta bland kvinnor med partiell sjukersättning än bland män, under hela perioden.

En möjlig förklaring till den sjunkande andelen skulle kunna vara en förändrad sammansättning bland personer som har sjukersättning. Det är möjligt att personer som beviljats sjukersättningen efter införandet av det mer restriktiva regelverket 2008 har en lägre arbetsförmåga, samtidigt som personer som beviljats enligt det mer generösa regelverket successivt lämnar ersättningen.

Figur 28 **Andel per kön av personer med partiell ersättning hela året som arbetat, 2004–2023 (belopp i 2023 års priser)**



Källa: Försäkringskassans datalager SToRE och MiDAS (2025).

Få använder sig av möjligheter till steglös avräkning och vilande ersättning

Sedan sjukersättningen infördes 2003 har det löpande införts större möjligheter för personer med sjukersättning att arbeta utan att rätten till sjukersättning försvinner, under vissa förutsättningar. Men dessa ser olika ut för personer som beviljades sjukersättning tillsvidare före respektive efter den 1 juli 2008. Detta avsnitt innehåller sammanställd kunskap och statistik om i vilken utsträckning personer med sjukersättning använt sig av möjligheterna till arbete och studier sedan 2009.

Steglös avräkning för personer som beviljats sjukersättning före 1 juli 2008

I december 2008 ersatte systemet med steglös avräkning vilande sjukersättning för personer som beviljats sjukersättning enligt det äldre regelverket. Steglös avräkning innebär att den beviljade sjukersättningen som betalas ut minskas genom ett avräkningssystem. Möjligheten att arbeta enligt detta system är inte tidsbegränsad.

Vilande sjukersättning för personer som beviljats sjukersättning enligt regelverket från och med 1 juli 2008

Personer som beviljats sjukersättning enligt regelverket som infördes 1 juli 2008 kunde fram tills den 1 januari 2009 prova på att arbeta och studera med vilande ersättning på samma villkor som de personer som beviljats enligt det äldre regelverket. Därefter har personer som beviljats enligt det nya regelverket haft möjlighet att prova på att arbeta under 12 månader medan 25 procent av den ersättning som är vilande betalas ut. Perioden förlängdes 2017 då det blev möjligt att få 25 procent av ersättningen utbetald under 24 månader. Personer som beviljats sjukersättning enligt det nyare regelverket kan också ha vilande sjukersättning för att studera. Till skillnad mot vilande sjukersättning för arbete sker vilandeförklaringen för studier av hela ersättningen, och utan utbetalning av månadsbelopp.

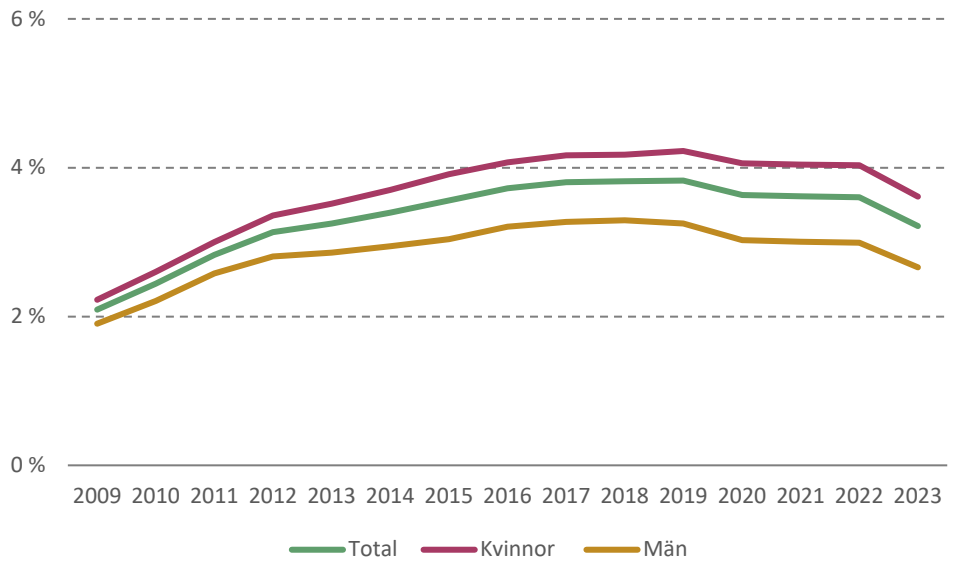
Som mest använde sig cirka 10 000 personer av steglös avräkning

Figur 29 visar att andelen personer med sjukersättning som omfattas av och arbetat enligt regler om steglös avräkning ökade årligen från 2009 och fram till och med 2019, då 3,8 procent använde sig av reglerna om steglös avräkning. I en statlig utredning framhålls dock att även om andelen ökade mellan dessa år handlade det samtidigt om en minskning från cirka 10 000 individer år 2012 till cirka 6 000 individer 2019. Vidare konstaterar utredningen att de allra flesta som använder steglös avräkning ökar sitt arbetsutbud över tid, alltså att de arbetar mer, men endast så mycket att de fortfarande ryms inom fribeloppet. Utredningen lyfter även att nästan 90 procent av alla som arbetade med steglös avräkning 2019 var äldre än 50 år samt att andelen har ökat över tid. Det beror sannolikt på att några nya försäkrade inte kommer in i gruppen och att andelen äldre därmed ökar över tid. En annan möjlig förklaring som utredningen lyfter är att personer i denna åldersgrupp i större utsträckning kan ha arbetat innan de beviljades sjukersättning. De har därmed bättre förankring på arbetsmarknaden, trots att de nu får sjukersättning.[226]

Andelen minskade efter 2022 och 2023 arbetade 3,2 procent med steglös avräkning. Det motsvarar cirka 3 400 personer, varav 66 procent var kvinnor och 34 procent var män. Andelen bland kvinnor var 3,6 procent och bland män 2,8.

[226] SOU 2021:69.

Figur 29 **Andel av personer med sjukersättning som har beviljats enligt regelverket före 1 juli 2008 och har arbetat enligt regler om steglös avräkning 2009–2023**



Källa: Försäkringskassans datalager SToRE och MiDAS (2025).

ISF framhåller i en rapport att det finns skillnader mellan de personer som använder sig av steglös avräkning och de som inte gör det.[227] Skillnaden består bland annat av att de som använder sig av steglös avräkning har egenskaper som är viktiga på arbetsmarknaden, som högre utbildning och att de är yngre[228] jämfört med dem som inte använder sig av steglös avräkning. Dessutom visar ISF:s rapport att de som arbetar med steglös avräkning har inkomstbaserad sjukersättning i högre utsträckning samt att personer med partiell sjukersättning använder steglös avräkning mer än dem som har hel sjukersättning. Det senare kan bero på att dessa personer lättare kan utöka sitt arbetsutbud eftersom de redan har en etablerad kontakt med arbetslivet.

Möjliga förklaringar till varför inte fler använder sig av steglös avräkning

En övergripande förklaring till varför fler inte använder sig av steglös avräkning är att personerna ofta har bedömts ha en varaktigt nedsatt arbetsförmåga, vilket i sig gör att många inte har möjlighet att arbeta.[229]

En ytterligare möjlig delförklaring är att det är svårt att hitta ett passande arbete både vad gäller innehåll och omfattning. Kvalifikationskraven på arbetsmarknaden har höjts och organisationer har slimmats, vilket varit försvårande för de personer som steglös avräkning vänder sig till.[230] Man framhåller dock att det inte är lika svårt att hitta ett passande arbete för personer som har partiell sjukersättning. De har ofta redan ett arbete på deltid

[227] ISF (2018a).

[228] Gruppen som har använt sig av steglös avräkning är i genomsnitt mellan fem och sex år yngre jämfört med dem som inte använt sig av steglös avräkning, och det oavsett sjukersättningens omfattning.

[229] SOU 2021:69; Andersson, J (2018).

[230] SOU 2021:69.

och därmed en starkare förankring på arbetsmarknaden, vilket gör att de enklare kan öka omfattningen på sitt arbete.

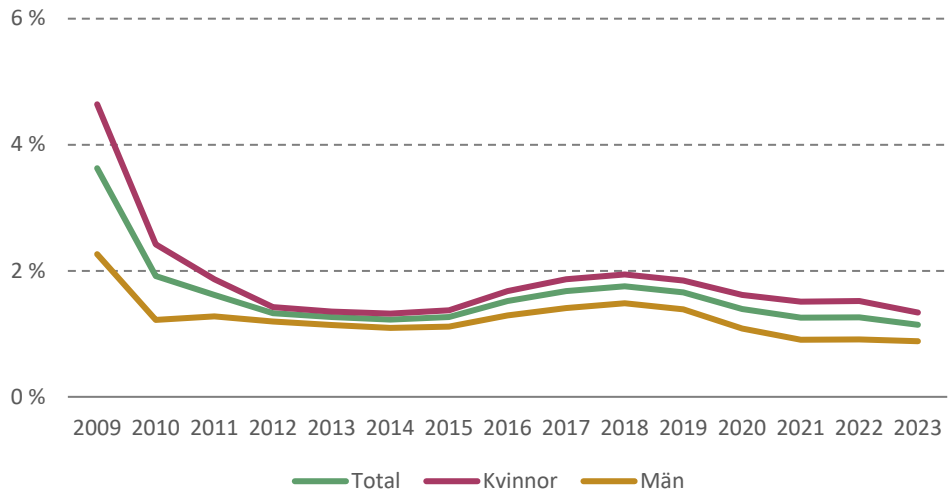
Utredningen lyfter även att de ekonomiska incitamenten för att arbeta i större omfattning inte verkar vara tillräckligt starka. Här menar utredningen att det bland annat visas genom att majoriteten av dem som väljer att arbeta med steglös avräkning gör det utan att få inkomst över fribeloppet. Det är även troligt att det finns en oro hos individen som rör risken för framtida återkrav, vilket gör att man inte arbetar i en omfattning där inkomsten överstiger fribeloppet.[231]

Dessutom är det viktigt att komma ihåg att personer som 2023 hade möjlighet till steglös avräkning har haft sjukersättning i minst 15 år, vilket kan ses som ett tecken på att det kan finnas hinder för personen att utöka sitt arbetsutbud.

Mycket få arbetar med vilande sjukersättning 2023

Det är ytterst få personer med sjukersättning som använder vilande ersättning för att prova på att arbeta. 2009 provade knappt 4 procent att arbeta med vilande sjukersättning. Sedan dess har andelen minskat och legat mellan 1 och 2 procent.

Figur 30 **Andel av personer med sjukersättning som har beviljats sjukersättning enligt regelverket som infördes 1 juli 2008 som har arbetat med vilande sjukersättning 2009–2023**



Källa: Försäkringskassans datalager SToRE och MiDAS (2025).

Vanligare att kvinnor arbetar med vilande sjukersättning

Figur 30 visar att det har varit vanligare att arbeta med vilande ersättning bland kvinnor än bland män under hela perioden. 2009 arbetade drygt 4 procent av kvinnorna med sjukersättning enligt det nyare regelverket med vilande ersättning. Motsvarande andel bland män var drygt 2 procent. Under största

[231] Personer som har använt sig av steglös avräkning kan behöva återbetala utbetald sjukersättning två år efter året de arbetat. Så blir det exempelvis om inkomsterna från arbetet vid Försäkringskassans avstämning två år senare visar sig har överstigit de föranmälda, beräknade inkomsterna.

delen av perioden har andelen legat mellan 1,5 och 2 procent bland kvinnor, medan andelen legat mellan 1 och 1,5 procent bland män.

I en studie som genomfördes 2018 framgår att kvinnor använder sig av möjligheten att arbeta med vilande ersättning i något högre utsträckning än män. När det gäller åldersfördelningen så följer den samma mönster för både kvinnor och män. Användningen av vilande ersättning ökar i 35-årsåldern, är sedan relativt hög under en period för att sedan successivt avta. Användningen avtar snabbare för män, och det är framför allt mellan 40 och 50 år som kvinnor använder vilande ersättning i högre utsträckning än män.[232] Användandet varierar mellan olika delar av landet. Lägst andel med vilande ersättning hade Västmanlands län och Värmlands län, medan Jönköpings län och Kronobergs län hade högst andel. Det finns flera potentiella förklaringar till att andelen varierar över landet. En jämförelse av andelen arbetslösa och andelen med vilande ersättning i länen visade att samvariationen var nästintill obefintlig. Men det kan ändå påverka var inom respektive län personerna bor. Även samarbetet med Arbetsförmedlingens kontor varierar, och kontoren fokuserar olika mycket på personer med sjukersättning.

Möjliga förklaringar till varför inte fler arbetar med vilande sjukersättning

Det är alltså relativt få av dem som beviljats sjukersättning enligt det striktare regelverk som infördes 1 juli 2008 som arbetar och har ersättningen vilande. Det kan anses rimligt. Arbetsförmågan hos dessa personer har ju bedömts vara stadigvarande nedsatt sett till arbeten på hela arbetsmarknaden, samt att alla möjligheter till rehabilitering ska ansetts vara uttömda. I en statlig utredning har man dock undersökt andra möjliga delförklaringar till varför fler inte arbetar med vilande sjukersättning.[233] Nedan beskrivs de främsta översiktligt.

De fasta ersättningsnivåerna kan motverka att en person arbetar utifrån sin faktiska arbetsförmåga

En delförklaring till att relativt få arbetar med ersättningen vilande är de fasta ersättningsnivåerna, det vill säga att en person kan beviljas sjukersättning på 25, 50, 75 eller 100 procent. Det kan medföra att personer får svårt att pröva att arbeta på ett mer flexibelt sätt, utifrån sin faktiska arbetsförmåga, och samtidigt ha ersättningen vilande i motsvarande omfattning. På möten med en av utredningens referensgrupper där bland annat arbetsmarknadens parter ingick, framfördes att en person exempelvis skulle kunna arbeta 60 procent i stället för 50 procent och därmed kunna förbättra sin ekonomi, men att det inte är möjligt med nuvarande regelverk.

Svårt för personer med sjukersättning att ta sig in på arbetsmarknaden

En ytterligare delförklaring som utredningen lyfter är att det kan vara svårt för personer med sjukersättning att ta sig in på arbetsmarknaden, trots en förmåga och vilja att arbeta. Utredningen framhåller att samma svårigheter med att ta sig in på arbetsmarknaden gäller för dem som kan arbeta med sjukersättningen vilande som för dem som kan arbeta enligt reglerna om

[232] Försäkringskassan (2019).
[233] SOU 2021:69.

steglös avräkning.[234] Det innebär att oavsett om en person beviljats sjukersättning före (steglös avräkning) eller efter 1 juli 2008 (vilande) finns det svårigheter att hitta passande arbeten. Det kan bidra till att relativt få utnyttjar dessa möjligheter. I likhet med det vi beskrev ovan om steglös avräkning är det inte lika svårt för personer som har partiell sjukersättning att hitta ett arbete.

Rädsla att sjukersättningen kommer att dras in om man provar att arbeta med sjukersättningen vilande

En tredje delförklaring som utredningen lyfter är att många av de försäkrade är rädda att förlora hela eller delar av sin sjukersättning om de arbetar med ersättningen vilande. Utredningen grundar sin bedömning på uttalanden från Försäkringskassan[235] samt av organisationer som framfört att deras medlemmar är rädda att få sin ersättning indragen.[236] Den rädsla som finns är dock inte så stor som de försäkrade tror när man ser till de verkliga förhållandena.[237]

Utredningen för dock fram att det finns en del i utformningen av regelverket som kan bidra till att personer avstår från att arbeta med ersättningen vilande. Personer med sjukersättning har generellt sett sämre ekonomiska förutsättningar, och därför kan utebliven ersättning få stora konsekvenser. Risken för glapp i utbetalningen kan göra så att den försäkrade inte väljer att arbeta med ersättningen vilande. Utredningen menar att regelverket inte riktigt är anpassat för de situationer som är vanligast för personer med sjukersättning som ansöker om att ha ersättningen vilande. Det kan vara att en person får möjlighet att pröva arbetsförmågan i en kortare tidsbegränsad anställning, eller genom ett par dagars arbetspass. I dessa situationer är risken för glapp i utbetalningen som störst, eftersom sjukersättning är en månadsersättning som endast kan regleras månadsvis. Utredningen framhåller att regelverket saknar den flexibilitet som kan behövas, vilket kan bidra till att personer med sjukersättning är rädda att förlora sin ersättning och därmed också sin grundläggande trygghet.

---

[234] Det här gäller de generella slutsatserna, och inte det som specifikt handlar om förutsättningarna att hitta arbete när man arbetar enligt reglerna för steglös avräkning.

[235] Försäkringskassan har till utredningen gett exempel som avser aktivitetsersättning, där myndigheten konstaterar att hinder för individens inträde i arbetslivet just är en uttalad rädsla för att bli av med aktivitetsersättningen. Utredningens bedömning är att en liknande rädsla troligtvis finns hos många av dem som beviljats sjukersättning enligt reglerna som gäller från och med den 1 juli 2008. Den bedömningen görs bland annat mot bakgrund av att de båda grupperna omfattas av regler som har liknande konstruktion.

[236] Organisationen Delaktighet, Handlingskraft, Rörelsefrihet (DHR) lyfter som ett exempel att Allmänna ombudet för socialförsäkringen ibland överklagar beslut som är positiva för enskilda. Mot den bakgrunden är det enligt DHR nära till hands att personer inte vill riskera den ersättning man blivit beviljad och inte försöka arbeta, ens i begränsad omfattning. Enligt Riksförbundet för social och mental hälsa (RSMH) är det främst två skäl till att personer som har sjukersättning eller aktivitetsersättning inte vågar pröva sin arbetsförmåga. Det första skälet är en rädsla för att påfrestningarna ska bli för stora, så att man misslyckas och riskerar att må ännu sämre än innan. Det andra skälet är rädslan för att förlora sin ekonomiska trygghet, om det till exempel inte går att återfå tidigare sjuk- eller aktivitetsersättning.

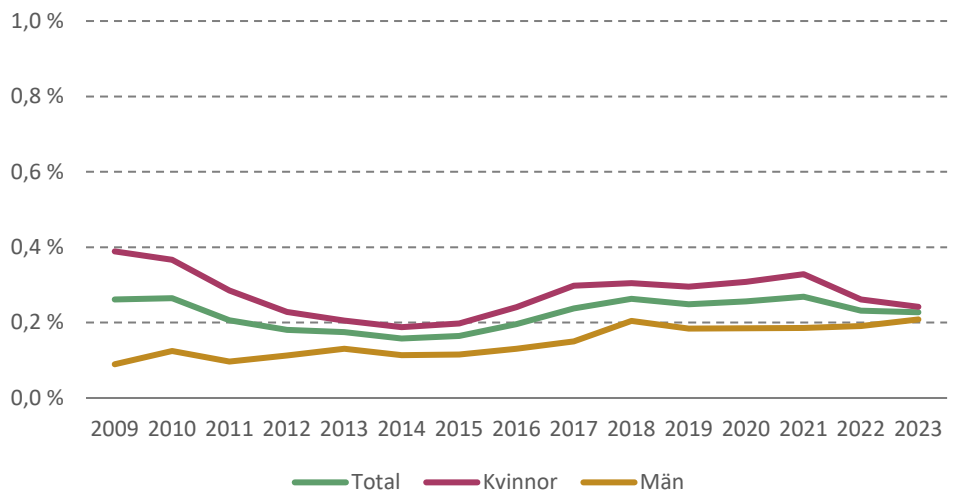
[237] En ersättning som förklarats vilande får inte ändras med anledning av att personen uppvisar en förbättrad arbetsförmåga, under den tid och i den omfattning som anges i beslutet om vilandeförklaring. Den verkliga risken att ersättningen ska påverkas är därmed låg under förutsättning att personen arbetar i enlighet med beslutet. Att arbeta utöver villkoren i ett sådant beslut, eller arbeta i en ökad omfattning utan något beslut om vilande ersättning alls, kan dock innebära att man riskerar sin rätt till ersättning.

Ännu färre som studerar än arbetar bland personer som beviljats enligt nya regelverket

Under hela perioden 2009–2023 har endast en mycket låg andel studerat med vilande sjukersättning. Andelen som studerat med vilande ersättning har legat under en halv procent under hela perioden. Antalsmässigt motsvarar det omkring 90–310[238] personer per år.

Sedan 2009 har det varit vanligare bland kvinnor än män att använda sig av möjligheten till studier med vilande ersättning. Könsskillnaderna har däremot minskat över tid. 2009 var andelen som nyttjade möjligheten till studier 0,4 procent bland kvinnor och 0,1 procent bland män. 2023 var andelen drygt 0,2 procent för både kvinnor och män.

Figur 31 Andel personer med sjukersättning som omfattas av och har studerat med vilande sjukersättning 2009–2023



Källa: Försäkringskassans datalager SToRE och MiDAS (2025).

Det kan finnas fler som studerar, men statistik saknas

Även reglerna om vilande sjukersättning vid studier gäller endast för dem som beviljats sjukersättning från och med 1 juli 2008. För dem som beviljades sjukersättning före 1 juli 2008 påverkas däremot inte rätten till sjukersättning av att man studerar. Denna grupp har alltså en jämförelsevis mer förmånlig möjlighet att kunna studera med bibehållen utbetalning av sjukersättning. Men det saknas statistik, eftersom det inte finns någon anmälningsskyldighet för dessa personer. Det kan alltså vara fler som studerar samtidigt som de har sjukersättning, än vad som framgår ovan.

Mycket få lämnar sjukersättningen för att återgå i arbete

Det saknas tidigare sammanställningar om hur vanligt det är att personer med sjukersättning avsäger sig rätten till ersättning för att återgå i arbete. I detta

[238] Avrundat till närmaste tiotal.

avsnitt går vi därför igenom indikatorer på hur vanligt det är att personer med sjukersättning lämnar ersättningen och återgår i arbete.

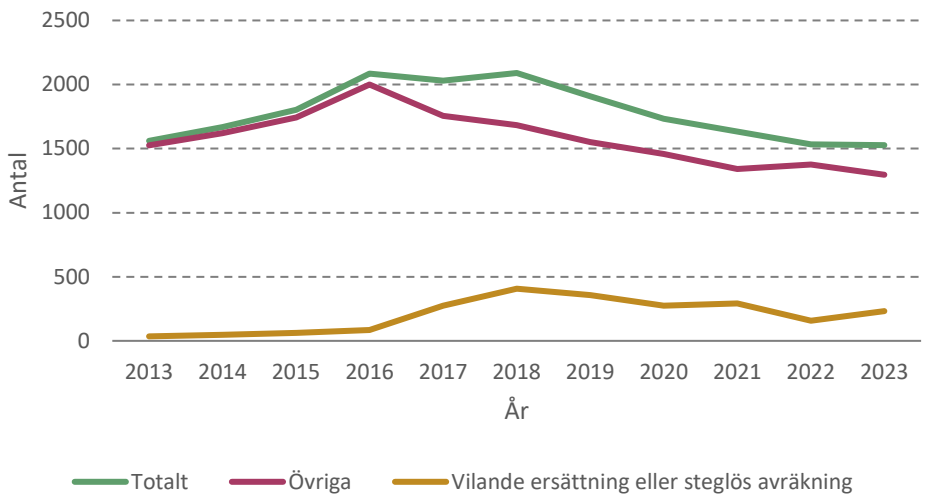
Mycket få lämnar sjukersättningen före åldersgränsen

Andelen som lämnat sjukersättningen före åldersgränsen har varit låg sedan 2003. Under åren 2003–2010 steg andelen som lämnade sjukersättningen före 65 års ålder från 1 till 4 procent och minskade därefter, och närmade sig noll procent 2014.[239]

Försäkringskassan har tidigare sammanställt statistik gällande personer som upphör att få utbetalningar av sjukersättning under minst tre månader av annan anledning än att de uppnått åldersgränsen eller avlidit under 2013–2024. Detta kommer fortsättningsvis att kallas för att lämna sjukersättningen av annan anledning. Personerna som upphör att få utbetalningar av annan anledning kan således fortfarande ha rätt till ersättning, exempelvis genom vilande ersättning eller steglös avräkning.

Av dem som haft sjukersättning under perioden 2013–2024 har 0,6 procent upphört att få utbetald sjukersättning under minst tre månader av annan anledning än att de uppnår ersättningens åldersgräns eller avlider. Av dessa hade de flesta varken haft steglös avräkning eller vilande ersättning innan dess att utbetalningarna upphörde. Det var lika vanligt bland kvinnor som män att upphöra att få utbetald sjukersättning av annan anledning. Bland dem som upphörde att få utbetald ersättning var det vanligast bland personer med en lägre grad av omfattning på sjukersättningen att upphöra att få utbetald sjukersättning av annan anledning.

Figur 32 **Antal personer som upphört få utbetald sjukersättning av annan anledning, totalt samt efter om de haft vilande ersättning eller steglös avräkning eller inte (övriga) 2013–2023**



Källa: Försäkringskassans datalager MiDAS (2025).

[239] Johansson P, Laun L, Palme M, Stensöta H (2018).

De flesta återvände till sjukersättningen

Av dem som upphörde att få sjukersättning under 2013–2023 av annan anledning hade över hälften, 58 procent, utbetalningar av sjukersättning inom ett år. Inom fem år hade 63 procent av personerna utbetalningar av sjukersättning igen.[240]

Osäkert i vilken utsträckning de som lämnar återvänder till arbete

Det är osäkert i vilken utsträckning personer som upphör att få utbetalning av annan anledning återgår i arbete. Det beror på att den tidigare sammanställda statistiken endast innehåller indikationer på kontakt med arbetsmarknaden genom steglös avräkning eller vilande ersättning. Man kan däremot konstatera att det rör sig om en ytterst liten andel av personer med sjukersättning som upphör att få utbetalningar före åldersgränsen. Därmed kan det även maximalt vara en mycket liten andel som lämnar ersättningen för att återgå i arbete.

[240] Avser personerna som lämnat sjukersättningen fram till 2019.

6.Ekonomisk standard bland personer med sjukersättning

I detta kapitel beskriver vi utvecklingen av den ekonomiska trygghet som sjukersättningen ger, och den ekonomiska standard personer med sjukersättningen i praktiken har haft under 2003–2023.

Efter en tillbakablick över sjukersättningens mål och konstruktion, beskriver vi indikatorer på utvecklingen av ekonomisk standard. Kapitlet avslutas med en beskrivning av till vilken del inkomster för personer som arbetar i Sverige är försäkrade av sjukersättningen, och hur detta har utvecklats över tid.

Målet om ekonomisk trygghet och sjukersättningens konstruktion

Den ekonomiska trygghet som sjukersättningen ger kan delas in i två delar – grundtrygghet och inkomsttrygghet. Lite förenklat kan sjukersättningen på så vis sägas rymma två olika grupper. Den ena gruppen kanske redan i utgångsläget hade en begränsad arbetsförmåga, och kan förväntas få sjukersättning från en ung ålder. För denna grupp ger sjukersättningen en grundtrygghet till försörjning. Den andra gruppen består av personer som tidigare har haft inkomster men sedan har förlorat sin arbetsförmåga. För denna grupp ger sjukersättningen en inkomsttrygghet, som varierar beroende på tidigare inkomster.

Sjukersättningens garantiersättning ger en *grundtrygghet* för alla som bor i Sverige

Sjukersättning på garantinivå är en grundtrygghet för personer som bor och är försäkrade i Sverige att försörja sig om de inte kan arbeta. Denna form av sjukersättning kan beviljas oavsett tidigare arbetsförmåga eller tidigare inkomster.

Inkomstrelaterad sjukersättning ger en *inkomsttrygghet* för personer som har arbetat

Inkomstrelaterad sjukersättning kan beviljas personer som tidigare har arbetat och haft inkomster, och grundar sig på inkomstbortfallsprincipen. Den innebär att en enhetlig del av inkomstbortfallet ersätts.[241] Denna del tryggar alltså att personer som tidigare arbetat, men förlorat sin arbetsförmåga, kan behålla en viss del av sin levnadsstandard, upp till ersättningens tak.

[241] ISF (2022).

Sjukersättningen är prisindexerad

För att sjukersättningen ska behålla sitt värde över tid, oavsett hur den allmänna prisnivån utvecklas (inflation), är den prisindexerad via prisbasbeloppet. Prisbasbeloppet beräknas årligen utifrån förändringar i konsumentprisindex och gäller för ett helt kalenderår. Det innebär att ersättningarna höjs i januari varje år när ett nytt prisbasbelopp börjat gälla. Kopplingen till prisbasbeloppet innebär att levnadsstandarden kan hållas på samma nivå över tid, även när priserna stiger.[242]

Sjukersättningen är både arbets- och bosättningsbaserad

Personer som inte haft några inkomster, eller som haft mycket små inkomster, kan alltså få sjukersättning på garantinivå. Ersättningen uppgick till maximalt 2,78 prisbasbelopp 2023, vilket motsvarade ett månadsbelopp på 12 163 kronor före skatt.

Personer som tidigare har arbetat kan få inkomstrelaterad sjukersättning. Den ger ett skydd mot det inkomstbortfall som blir följden av en varaktigt nedsatt arbetsförmåga.[246] Ersättningen baseras på tidigare inkomster, upp till ett tak på 7,5 prisbasbelopp, vilket motsvarade 21 230 kronor i månaden före skatt 2023.

Personer som har arbetat, men har så låga inkomster att den inkomstrelaterade ersättningen inte når upp till garantinivån, får en kompletterande del av garantiersättning. Dessa personer får således en del inkomstrelaterad ersättning och en del garantiersättning. I tabell 1 nedan visas taket för de två typerna av ersättning under perioden 2003–2023.

[242] Försäkringskassan (2023c).

[246] Mer information finns i avsnittet Inkomstrelaterad ersättning respektive garantiersättning.

Tabell 1 Maximal ersättning på garantinivå och tak för inkomstrelaterad ersättning i antal prisbasbelopp 2003–2023

	Garantinivå247 Prisbasbelopp	Inkomstrelaterad Prisbasbelopp
2003	2,4	7,5
2004	2,4	7,5
2005	2,4	7,5
2006	2,4	7,5
2007	2,4	7,5
2008	2,4	7,5
2009	2,4	7,5
2010	2,4	7,5
2011	2,4	7,5
2012	2,4	7,5
2013	2,4	7,5
2014	2,4	7,5
2015	2,4	7,5
2016	2,4	7,5
2017	2,45	7,5
2018	2,53	7,5
2019	2,53	7,5
2020	2,53	7,5
2021	2,53	7,5
2022	2,78	7,5
2023	2,78	7,5

Nyttjandet av inkomstrelaterad sjukersättning har minskat

Hur vanliga de olika formerna av sjukersättning är har förändrats sedan ersättningen introducerades. 2003 var nyttjandegraden av endast inkomstrelaterad ersättning eller kombinerad garanti- och inkomstersättning betydligt högre än nyttjandegraden av endast garantiersättning. Sedan dess har nyttjandegraden av endast inkomstrelaterad ersättning och kombinerad inkomstrelaterad- och garantiersättning minskat betydligt, medan nyttjandegraden av endast garantiersättning har stigit något. 2023 var således nyttjandegraden av de olika ersättningarna betydligt mer likartad än 2003. Minskningen av antalet personer med sjukersättning gäller alltså främst de inkomstrelaterade förmånerna.

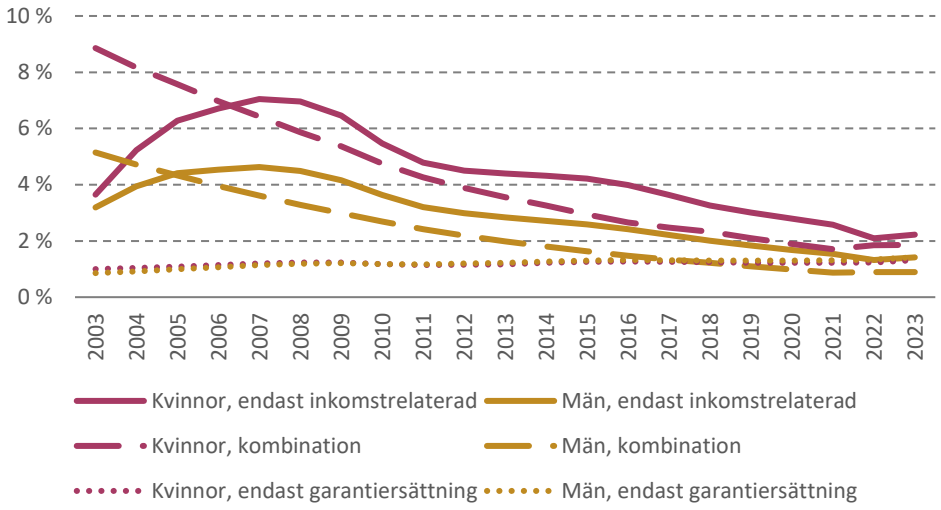
Nyttjandet av endast inkomstrelaterad ersättning ökade dock 2022–2023. Det skulle kunna förklaras av de så kallade äldrereglerna. Som vi beskriver ovan har dessa inneburit att fler äldre med få år kvar till ålderspension fått sjukersättning. Många av dessa äldre har tidigare arbetsinkomster som ger inkomstrelaterad ersättning.

Andelen med endast garantiersättning har varit likartad bland kvinnor och män sedan ersättningen infördes. Att ha någon form av inkomstrelaterad sjukersättning har varit vanligare bland kvinnor under hela perioden. Det tyder på att det är vanligare bland kvinnor än bland män att förlora sin arbetsförmåga efter att ha försörjt sig genom förvärvsarbete. Medan det tycks vara lika vanligt bland både kvinnor och män att ha sjukersättning utan att ha prövat sin

[247] Avser personer 30 år och äldre.

arbetsförmåga på arbetsmarknaden i tillräcklig utsträckning för att beviljas inkomstrelaterad sjukersättning.

Figur 33 Nyttjandegrad av olika typer av ersättningskombinationer i december, 2003–2023, bland personer 30–65 år, per kön



Källa: Försäkringskassans datalager SToRE (2024).

Ökad andel som endast har inkomstrelaterad ersättning eller endast har garantiersättning

Den minskande nyttjandegraden av endast inkomstrelaterad ersättning samt kombinerad inkomstrelaterad- och garantiersättning märks i gruppens sammansättning. År 2003 hade de flesta, 60 procent av personer med sjukersättning kombinerad inkomstrelaterad- och garantiersättning. 29 procent hade endast inkomstrelaterad ersättning medan 11 procent hade endast garantiersättning. Sedan dess har andelen med endast inkomstrelaterad ersättning ökat, och det är sedan andra halvan av 00-talet den vanligaste ersättningsformen. År 2023 hade 39 procent bland personer med sjukersättning denna form. Andelen med endast garantiersättning har stigit kraftigt och låg 2023 på 31 procent. Andelen med en del inkomstrelaterad ersättning och en del garantiersättning har däremot minskat markant, och låg 2023 på 30 procent.

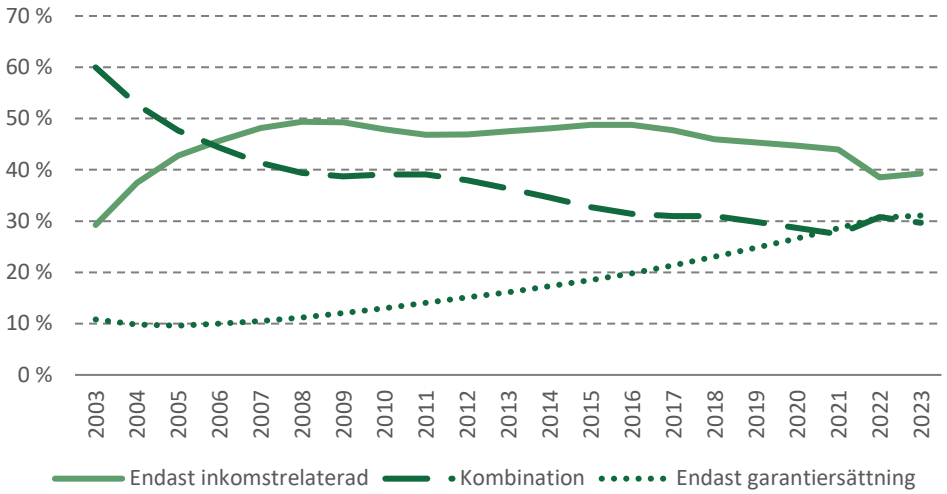
Förändringarna förklaras alltså till stor del av att antalet med kombinerad inkomstrelaterad- och garantiersättning minskat kraftigt. Det har bidragit till att andelarna med de två andra formerna stigit, trots att även antalet personer med endast inkomstrelaterad ersättning minskade fram till 2022.

Att det var vanligast att endast ha inkomstrelaterad ersättning innebär att det vanligaste bland personer med sjukersättning 2023 var att ha arbetat tillräckligt länge för att få hela sin ersättning från försäkringens inkomstrelaterade del.[248] Att andelen med endast garantiersättning ökar innebär att en större andel av personer som har sjukersättning inte har prövat sin arbetsförmåga på

[248] SOU 2021:69.

arbetsmarknaden tillräckligt länge för att kunna få en inkomstrelaterad ersättning.[249] [250]

Figur 34 Andel av alla med sjukersättning med olika typer av ersättningskombinationer i december, 2003–2023



Källa: Försäkringskassans datalager SToRE (2024).

Vanligare med inkomstrelaterad ersättning bland kvinnor

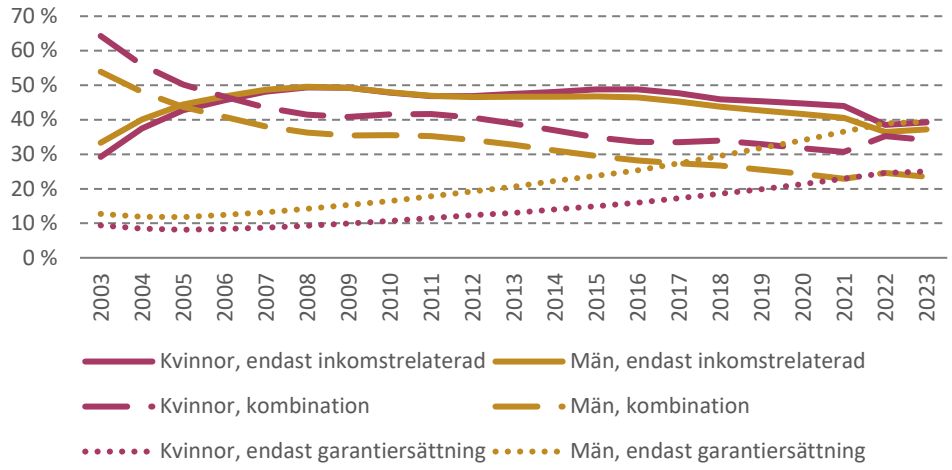
Sammansättningen med olika ersättningsformer skiljer sig mellan könen och skillnaderna har ökat under perioden.

Bland män med sjukersättning har andelen med endast garantiersättning vuxit betydligt, från 13 till 39 procent, och var 2023 den vanligaste ersättningsformen. Andelen med inkomstrelaterad ersättning och en del garantiersättning har minskat från 48 till 23 procent. Formen har således gått från den vanligaste till den minst vanliga bland män med sjukersättning. Andelen med endast inkomstrelaterad ersättning har vuxit något, från 33 till 37 procent. Bland kvinnor har andelen med endast inkomstrelaterad ersättning stigit och blivit störst, från 26 procent 2003 till 41 procent 2023. Trots att andelen med kombinerad inkomstrelaterad- och garantiersättning minskat betydligt, från 56 till 34 procent, är den näst vanligast bland kvinnor. Andelen med endast garantiersättning har stigit från 9 till 25 procent, men är fortsatt den minst vanliga bland kvinnor. Att andelarna förändrats förklaras främst av minskningen i antalet med inkomstrelaterad ersättning bland båda könen.

[249] Ibid.

[250] Det finns undantag då personer arbetat, men inte åren innan de beviljas sjukersättning.

Figur 35 **Andel med sjukersättning med olika typer av ersättningskombinationer i december, 2003–2023, per kön**



Källa: Försäkringskassans datalager SToRE (2024)

Ökande real men minskande relativ ekonomisk standard bland personer med sjukersättning

I detta avsnitt samlar vi tillgänglig kunskap om och indikatorer på hur den ekonomiska standarden för personer med sjukersättning utvecklats 2003–2023.

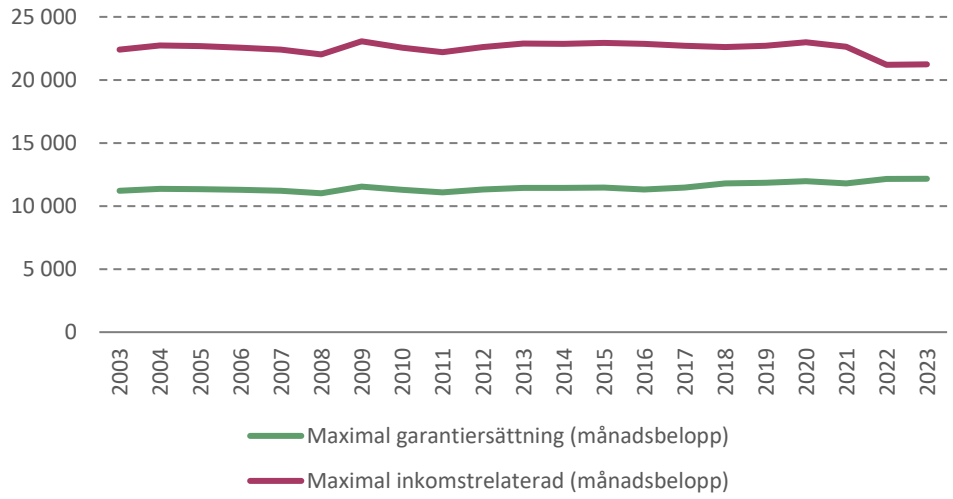
Det finns fler faktorer än sjukersättningens storlek som påverkar vilken ekonomisk standard personer med sjukersättning har i praktiken, så som ytterligare ersättningar, hushållets sammansättning och skattelagstiftning. Med det som utgångspunkt finns i avsnittet dels kunskap om utvecklingen av den ekonomiska standarden som endast sjukersättning ger, dels kunskap utifrån disponibel inkomst i de hushåll där minst en person har sjukersättning.

Sjukersättningens köpkraft är likartad sedan 2003, men har ökat något för garantiersättningen

Som tidigare nämnts innebär sjukersättningens koppling till prisbasbeloppet att ersättningen skrivs upp när den allmänna prisnivån stiger. Det gör att det går att köpa lika mycket varor och tjänster för pengarna och att de som har sjukersättning kan hålla sin ekonomiska standard på samma nivå över tid. Figur 36 visar utvecklingen av det reala värdet av garantiersättning och inkomstrelaterad sjukersättning 2003–2023. Figuren visar att köpkraften har legat förhållandevis stabilt över tid för båda ersättningarna, men stigit något för garantiersättningen. Det beror på att antalet prisbasbelopp för garantiersättningen justerades upp 2017, 2018 och 2022.[251] Att det reala värdet av inkomstersättningen minskade efter 2021 för den inkomstrelaterade sjukersättningen beror på den höga inflationen under dessa år. Att köpkraften inte minskade 2022 för garantiersättningen förklaras av höjningen av antalet prisbasbelopp 2022.

[251] Garantiersättningen höjdes första gången 2017 då beloppet höjdes från 2,4 prisbasbelopp till 2,45 prisbasbelopp och därefter 2018 och 2022 då beloppet höjdes till 2,53 respektive 2,78 prisbasbelopp. Se tabell 1.

Figur 36 **Utveckling av realt värde av maximal inkomstrelaterad sjukersättning och maximal garantiersättning 2003–2023 (i 2023 års priser)**



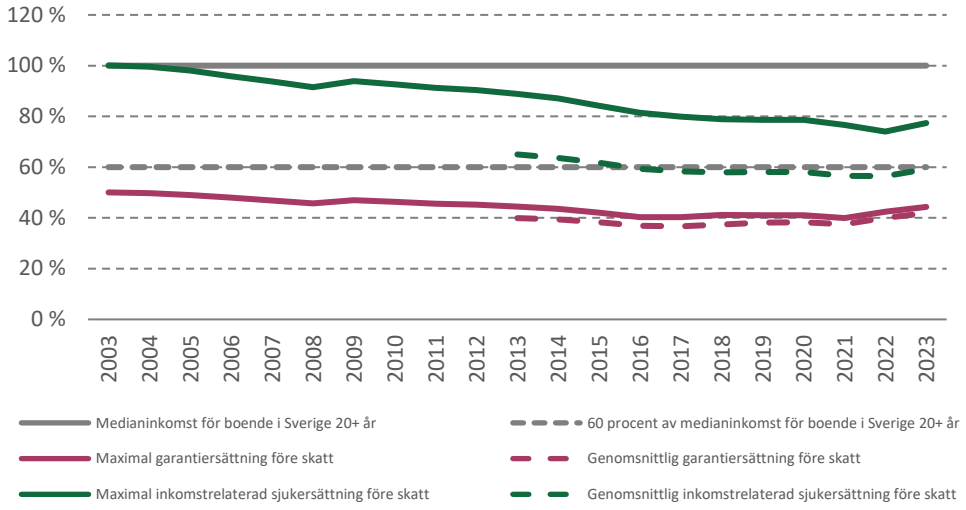
Reallöneökningar minskar den relativa levnadsstandarden sjukersättningen ger

De senaste decennierna har Sverige haft stigande reallöner, det vill säga arbetsinkomsterna har stigit snabbare än inflationen. Det innebär att de som lönearbetar får en större köpkraft och en högre levnadsstandard. Sjukersättningen följer prisindex och inte löneindex. Därför medför reallöneökningarna att skillnaden ökar mellan den levnadsstandard som sjukersättningen ger och levnadsstandarden bland den arbetande befolkningen. Flera analyser har uppmärksammat att prisindexeringen leder till att öka inkomstskillnader mellan hushåll som främst får sina inkomster från förvärvsarbete jämfört med hushåll som i högre grad har sina inkomster från prisindexerade ersättningar. Ett exempel är en rapport från ISF som studerar utvecklingen av bidragsnivåer och inkomsttak under perioden 1992–2018. [252] Rapporten visar hur det reala värdet av sjukersättningen förändrats under perioden 2003–2018, vilket jämförs mot hur utvecklingen skulle sett ut om ersättningen var löneindexerad och inte prisindexerad. Ytterligare exempel är en rapport från Försäkringskassan som studerar inkomststandarden i hushåll där någon får ersättning från sjukförsäkringen.[253]

Ett sätt att visa den minskande relativa standarden är att sätta utvecklingen av ersättningarnas storlek i förhållande till medianinkomsten. Figur 37 sätter ersättningarnas maximala storlek i relation till medianinkomsten för förvärvsarbete under 2003–2023. Figuren sätter även genomsnittliga utbetalningar bland personer med endast garantiersättning och endast inkomstrelaterad ersättning i relation till medianinkomsten för förvärvsarbete under 2013–2023.

[252] ISF (2022).
[253] Försäkringskassan (2025c).

Figur 37 **Utvecklingen av maximal garantiersättning och inkomstrelaterad ersättning, i relation till medianinkomsten från förvärvsarbete[254], 2003–2023, samt genomsnittlig utbetald garantiersättning respektive inkomstrelaterad sjukersättning* 2013–2023**



* Genomsnittliga utbetalningar avser personer 30 år och äldre som haft endast garantiersättning eller endast inkomstrelaterad ersättning fr.o.m. 2013, då personer kunde beviljas tidsbegränsad sjukersättning till och med 2012. Ersättningsnivåer har räknats upp till att motsvara hel omfattning för personer med partiell ersättning.
Källa: Egna beräkningar av data från SCB samt Försäkringskassans datalager SToRE (2024).

När sjukersättningen introducerades 2003, motsvarade det maximala beloppet av den inkomstrelaterade sjukersättningen medianinkomsterna för boende i Sverige. De senaste decenniernas reallöneökningar har medfört att andelen av medianinkomsten som sjukersättning motsvarat har minskat under i princip hela perioden. Det beror på att antalet prisbasbelopp för den inkomstrelaterade ersättningen varit oförändrad. År 2022 motsvarade den maximala inkomstrelaterade sjukersättningen 74 procent av medianinkomsterna från förvärvsarbete i Sverige. Andelen steg dock 2023 till 77 procent, vilket förklaras av den högre inflationen. Under perioder med högre inflation än löneökningstakt medför sjukersättningens koppling till prisbasbeloppet att ersättningen höjs i högre takt än medianinkomsterna.

Den maximala garantiersättningen har legat under 60 procent av medianinkomsterna under hela perioden. Till följd av reallöneökningar har dock nivån minskat ytterligare i förhållande till medianinkomsterna över tid. 2003 utgjorde det maximala beloppet av garantiersättning 50 procent av medianinkomsten. Andelen minskade därefter till 2016, men låg därefter stabilt omkring 40 procent fram till 2021. Att andelen låg stabilt under denna period förklaras delvis av de tidigare nämnda justeringarna av antalet prisbasbelopp för garantiersättningen. Andelen steg därefter och låg 2023 på 44 procent. Att andelen steg förklaras av att antalet prisbasbelopp även justerades upp 2022, samtidigt som inflationen var högre än löneökningstakten under dessa år.

De genomsnittliga utbetalningarna till personer med endast garantiersättning respektive endast inkomstrelaterad sjukersättning har varit lägre än de maximala beloppen under 2013–2023. Utvecklingen av de genomsnittliga

[254] Bland personer som är 20 år och äldre.

utbetalningarna i relation till medianinkomsten från förvärvsarbete har under dessa år i princip följt de maximala beloppen för de två ersättningstyperna. 2013 motsvarade genomsnittligt utbetald inkomstrelaterad sjukersättning 65 procent av medianinkomsten från förvärvsarbete samma år. 2023 var motsvarande andel 59 procent. Motsvarande andelar för genomsnittligt utbetald garantiersättning var 40 procent 2013 och 42 procent 2023.

Den disponibla inkomsten i hushåll med sjukersättning har ökat, men inte i samma utsträckning som bland hushåll som inte har sjukersättning

Den ekonomiska standard personer med sjukersättning har påverkas alltså i praktiken av fler faktorer än ersättningens storlek. Några exempel är ytterligare ersättningar, skatteregler och hushållets sammansättning.

En vanlig ytterligare ersättning bland personer med sjukersättning är bostadstillägget. Försäkringskassan har tidigare beräknat att 99 400 personer, eller drygt 44 procent av personer med sjukersättning hade bostadstillägg 2023. Ett annat exempel är kompletterande avtalsförsäkringar i kollektivavtal och privata individuella försäkringar eller gruppförsäkringar. Cirka 90 procent av anställda i Sverige omfattas av de kollektivavtalade försäkringarna. Det innebär att en större del av arbetsinkomsten i praktiken är försäkrad än vad sjukersättningens tak täcker. För personer som inte lever i ensamhushåll påverkar hushållets övriga inkomster och eventuella försörjningsbörda. Vidare spelar skatter som jobbskatteavdrag in i utvecklingen av disponibel inkomst från sjukersättningen i relation till arbetsinkomster. I en tidigare rapport från Försäkringskassan har det visats ha påverkan för kompensationsgraden för personer med sjukpenning.[255] I det här avsnittet redovisar vi hur den disponibla inkomsten per konsumtionsenhet förändrats över tid i hushåll när någon har sjukersättning. Resultaten baseras på en rapport från Försäkringskassan.[256]

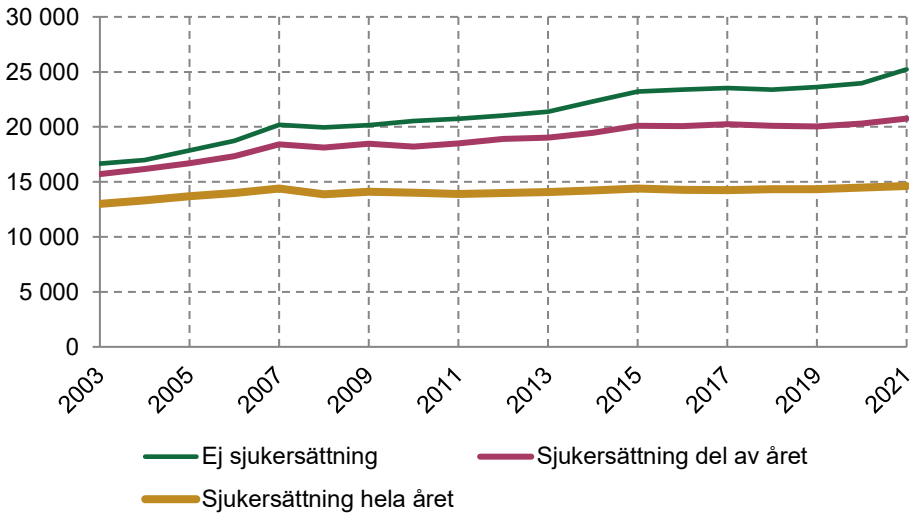
Figur 38 visar genomsnittlig disponibel inkomst per månad under perioden 2003–2021, men avgränsat enbart för personer som är 30 år eller äldre. Resultaten i figuren gäller därmed hushåll där någon person är minst 30 år och har sjukersättning. Skillnaderna i disponibel inkomst har ökat mellan hushåll utan sjukersättning, sjukersättning under del av året samt sjukersättning under hela året. Skillnaderna stiger mest mellan hushåll som har sjukersättning under hela året och hushåll som inte har sjukersättning. I den tidigare nämnda rapporten ses samma utveckling för hushåll där någon har sjuk- eller aktivitetsersättning. En anledning kan vara att en ökande andel endast har garantiersättning.[257]

[255] Försäkringskassan (2025d).

[256] Försäkringskassan (2025c).

[257] Ibid.

Figur 38 **Genomsnittlig disponibel inkomst* per konsumtionsenhet per månad 2003–2021, för personer 30 år och äldre med sjukersättning – 2022 års priser**



* Disponibel årsinkomst divideras med 12 för att få en genomsnittlig månadsinkomst.
Källa: Försäkringskassan (2025c).

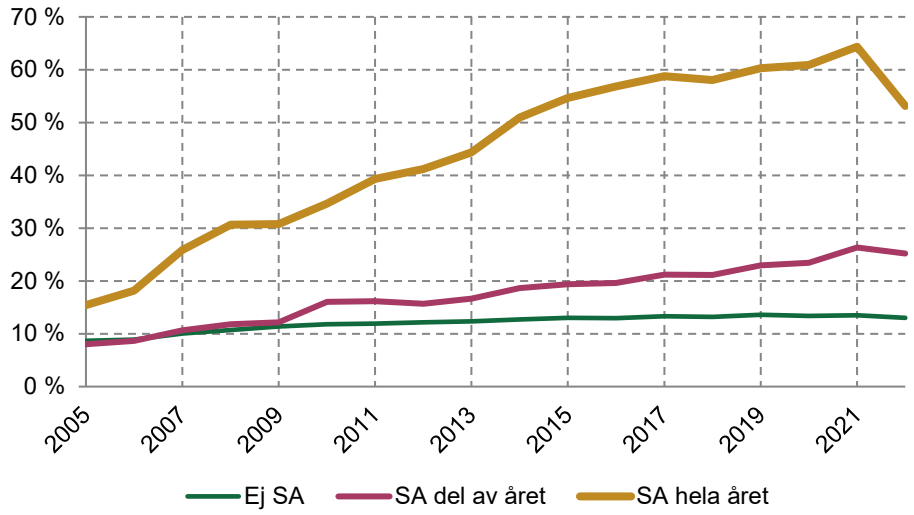
Allt vanligare med låg inkomst i hushåll där någon har sjukersättning

Den disponibla inkomsten i hushåll med ersättning från sjukersättningen har alltså inte ökat i samma takt som bland övriga hushåll, och det innebär att gruppen har tappat i inkomststandard relativt den övriga befolkningen. I rapporten studeras även hur andelen med låg inkomst utvecklats över tid bland hushåll med sjuk- eller aktivitetsersättning jämfört med övriga hushåll.[258] För att kunna följa utvecklingen till och med 2022 användes 2004 års definition av den disponibla inkomsten per konsumtionsenhet. Figur 39 visar resultaten med avgränsning till personer som är 30 år och äldre som haft sjukersättning.

Under perioden 2005 till 2021 steg andelen med låg inkomst bland hushåll med sjukersättning under hela året från 15 till 64 procent. Trenden bröts därefter till följd av den höga inflationen, då ersättningens prisindexering resulterade i att ersättningen ökade mer än lönerna.

[258] Det finns ett vedertaget sätt att mäta låg inkomst som kallas *låg ekonomisk standard*, och som omfattar de personer som har en disponibel inkomst under 60 procent av medianen för befolkningen. I Försäkringskassan (2025c) har vi beräknat ett motsvarande mått men utgått från rapportens studiepopulation: personer 16–69 år med en disponibel inkomst över 0 kronor. Medianinkomsten blir då högre vilket betyder att fler kommer befinna sig under 60 procent av denna. Avsikten var inte att introducera ett nytt mått utan att visa ett mått på låg inkomst som går att jämföra över tid och mellan grupper. I Försäkringskassan (2025) samt denna rapport kallar vi detta för låg inkomst. I en tidigare version av denna publikation hade vi råkat kalla detta mått för låg ekonomisk standard.

Figur 39 **Andelen med låg inkomst bland personer 30 år och äldre med sjukersättning 2003–2022, 2004 års definition av disponibel inkomst**



Källa: Försäkringskassan (2025c).

Minskande andel försäkrad arbetsinkomst i sjukersättningen

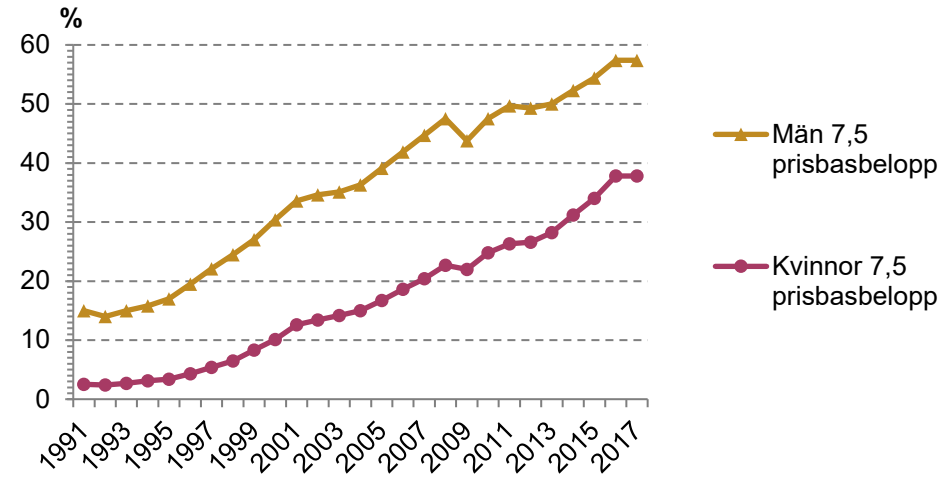
Målet med sjukersättning är alltså att ge ekonomisk trygghet vid varaktigt nedsatt arbetsförmåga. I detta avsnitt redovisar vi insamlad kunskap och statistik om i vilken mån personer som arbetar i Sverige har sina inkomster försäkrade via sjukersättningen och hur detta har utvecklats över tid.

En allt större andel av de som arbetar i Sverige har inkomster över 7,5 prisbasbelopp

I tidigare avsnitt har vi beskrivit hur reallöneökningar har bidragit till en ökande skillnad i levnadsstandard mellan hushåll med sjukersättning och hushåll som i högre grad förvärvsarbetar. Utvecklingen med stigande reallöner har också lett till att en större andel av den arbetande befolkningen har inkomster över sjukersättningens tak. En tidigare analys från Försäkringskassan visade att andelen med inkomster över 7,5 prisbasbelopp bland kvinnor steg från 14 procent 2003 till 38 procent 2017. [259] Andelen bland män steg från 35 procent 2003 till 57 procent 2017. Utvecklingen har även lyfts i en rapport från ISF om utvecklingen av bidragsnivåer och inkomsttak 1992–2018.[260]

[259] Försäkringskassan (2020b).
[260] ISF (2022).

Figur 40 **Andelen kvinnor och män i befolkningen 20–64 år med arbetsinkomst över 7,5 prisbasbelopp 2003–2017**

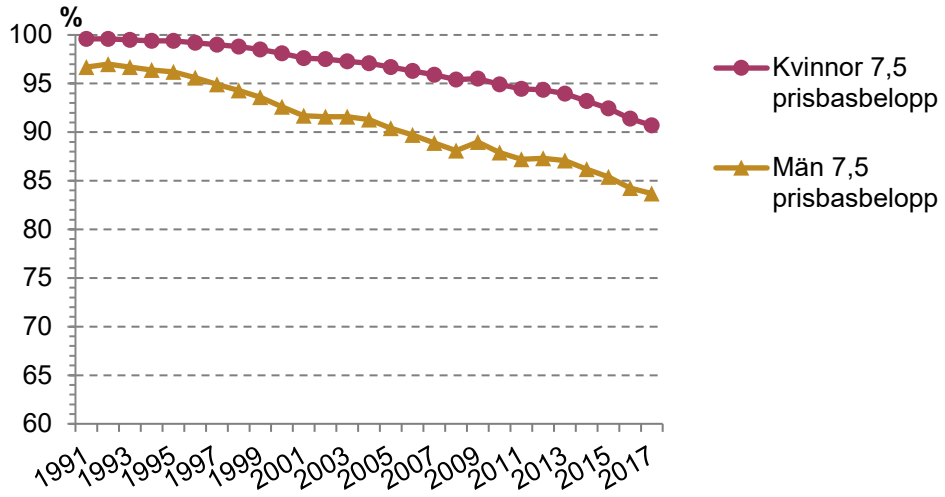


Källa: Försäkringskassan (2020b).

Minskad genomsnittlig andel försäkrad arbetsinkomst

Att reallönerna har stigit, har också inneburit att den genomsnittliga arbetsinkomsten som är försäkrad i sjukersättningen har minskat över tid. Rapporten från Försäkringskassan visade att inkomsttaket på 7,5 prisbasbelopp innebar att den genomsnittliga försäkrade andelen av inkomsten var 97 procent bland kvinnor och 92 procent bland män år 2003. [261] År 2018 hade den minskat till 91 procent bland kvinnor och 84 procent bland män.

Figur 41 **Genomsnittlig andel av arbetsinkomsten som är försäkrad vid 7,5 prisbasbelopp 2003–2018**



Källa: Försäkringskassan (2020b).

[261] Försäkringskassan (2020b).

7.Diskussion

I detta kapitel resonerar vi kring utvecklingen av sjukersättningen, föreslår fortsatta studier och lyfter fram utmaningar. I två avsnitt diskuterar vi vad som händer med personer som inte längre har rätt till sjukersättning samt förslag till fördjupade studier om den ekonomiska standarden bland personer med sjukersättning.

Vad händer med dem som har bristande arbetsförmåga, men inte har rätt till sjukersättning?

De senaste decennierna har det skett en markant minskning av antalet personer med sjukersättning. År 2005 hade 9,8 procent av befolkningen, 19–65 år, sjukersättning. År 2023 var motsvarande andel 3,6 procent. Det gör det rimligt att ställa frågan vad som har hänt med personer som tidigare kunde beviljas sjukersättning.

En betydande andel tycks försörja sig via arbete

Mer än hälften av dem med sjukersättning är äldre än 55 år.[262] Samtidigt är det i de äldre åldersgrupperna som nyttjandet har minskat mest.[263] Det är därför viktigt att förstå vad som har ändrats för personer i denna åldersgrupp, för att förstå hur de som inte längre kan beviljas sjukersättning försörjer sig i stället.

År 2018 kom en studie av vad åtstramningen betytt för försörjningen, för personer 55–64 år som antingen hade fått avslag på en ansökan om sjukersättning eller skulle ha beviljats det enligt tidigare regelverk under perioden 2003–2015.[264] Resultaten visade att gruppen som inte hade sjukpenning eller sjukersättning som huvudsaklig inkomst, framför allt försörjde sig genom arbete. Minskningen av gruppen som i huvudsak försörjde sig via sjukpenning eller sjukersättning, motsvarade i princip ökningen av gruppen som i huvudsak försörjde sig via arbete. Sett till andra inkomstkällor skedde endast mindre förändringar. Resultaten tydde inte på att åtstramningen hade påverkat inkomstfördelningen i gruppen i någon större utsträckning.

Risken för ekonomisk utsatthet tycks ha ökat i vissa grupper

Samtidigt som fler äldre försörjer sig via arbete tycks risken för ekonomisk utsatthet ha ökat i vissa grupper. En rapport från Riksrevisionen som inkluderar samtliga åldersgrupper har visat att personer som fick avslag, men låg på gränsen till att beviljas sjukersättning under åren 2009–2013, uppvisade sämre hälsa och hade lägre inkomster, jämfört med dem som beviljades ersättning.[265] [266] De flesta fick sin försörjning från andra välfärdssystem året efter avslaget. Inkomsterna för dem som arbetade året efter avslaget var överlag mycket

[262] Avser år 2023.

[263] Se kapitel 4.

[264] Johansson P, Laun L, Palme M, Stensöta H (2018).

[265] I genomsnitt hade personer som fick avslag på sjukersättning 34 fler dagar per år inom slutenvården och beräknades i genomsnitt förlora 125 000 kronor per år jämfört med dem som beviljats.

[266] Riksrevisionen (2018).

låga.[267] Bara i undantagsfall var inkomsterna så höga att de gick att försörja sig på. Det var också en relativt liten del av dem som fick avslag, som hade ökat sina arbetsinkomster året efter avslaget, och denna andel minskade dessutom över tid.[268]

En del har förflyttats inom sjukförsäkringen

Lagändringarna 1 juli 2008 har tidigare bedömts leda till fler längre sjukskrivningar.[269] Det är relevant att fråga sig i vilken grad personer som tidigare skulle ha beviljats sjukersättning, i stället har sjukpenning.

ISF har studerat borttagandet av den tidsbegränsade sjukersättningen, och inkomster bland de som haft ersättningen efter avskaffandet. [270] Majoriteten av dem som lämnade den tidsbegränsade sjukersättningen försörjde sig året efter i huvudsak på sjukersättning tillsvidare. Resten försörjde sig genom arbete eller ekonomiskt bistånd, eller saknade inkomst. Andelen med arbete som huvudsaklig inkomstkälla var omkring 12 procent[271], vilket är högre än före avskaffandet. Samtidigt var det en större andel som hade ekonomiskt bistånd eller som saknade inkomst.

Vissa grupper ryms inte längre inom sjukförsäkringen

När den tidsbegränsade sjukersättningen togs bort ersattes den inte av något som motsvarar sjukersättningens grundskydd.[272] Personer som inte har haft tillräckliga inkomster för att få inkomstrelaterad sjukersättning, och har långvarigt men inte varaktigt nedsatt arbetsförmåga, kan visserligen beviljas sjukpenning i särskilda fall och rehabiliteringspenning i särskilda fall. Men det gäller endast om de tidigare har haft aktivitetsersättning eller, i vissa fall, tidsbegränsad sjukersättning.[273]

Övriga personer, som inte har haft tillräckliga inkomster för att få inkomstrelaterad sjukersättning och som har långvarigt men inte stadigvarande nedsatt arbetsförmåga, saknar därmed skydd i sjukförsäkringen.[274]

Enligt en statlig utredning leder det faktum att Försäkringskassan bedömer rätten till sjukersättning mot begreppet *stadigvarande nedsatt arbetsförmåga* medan Arbetsförmedlingen bedömer rätten till arbetslöshetsersättning mot begreppet *arbetsför* till att grupper faller mellan stolarna. Arbetsförmedlingen kan ta hänsyn till faktorer som inte Försäkringskassan kan, exempelvis utbildning och sociala svårigheter. Det gör att det finns ärenden där Försäkringskassan bedömer att personen inte har stadigvarande nedsatt arbetsförmåga, medan Arbetsförmedlingen bedömer att samma person inte är arbetsför, till följd av sjukdom eller funktionsnedsättning. Ofta kan personen då inte heller beviljas arbetslöshetsersättning. De som ”faller mellan stolarna” är således främst personer som får avslag på sin ansökan om sjukersättning,

---

[267] Endast 10 procent hade en inkomst högre än 165 000 kronor.

[268] Från 30–35 procent 2009 till 16–20 procent 2013.

[269] Försäkringskassan (2017a).

[270] ISF (2023a).

[271] Egna beräkningar utifrån resultat i ISF (2023a).

[272] ISF (2023a).

[273] Gäller personer som haft tidsbegränsad sjukersättning i minst 18 månader efter avskaffandet 1 juli 2008.

[274] ISF (2023a).

med motiveringen att de bedöms ha arbetsförmåga i ett förvärvsarbete, men samtidigt inte kan få ett arbete.[275]

Fördjupade studier av fler grupper vore av intresse

Sammantaget tyder ovanstående på att förändringarna av sjukförsäkringen har bidragit till att fler arbetar, men att effekterna skiljer sig mellan grupper. I de äldre åldersgrupperna förefaller merparten av de som inte längre kan beviljas sjukersättning eller sjukpenning i stället försörja sig genom arbete. De som tidigare hade tidsbegränsad sjukersättning, eller låg på gränsen att uppfylla villkoren för sjukersättning, verkar dock inte försörja sig genom arbete i samma utsträckning.

Samtidigt får vissa som inte uppnår kraven för att beviljas sjukersättning sämre ekonomi och hälsa efter beslut om avslag.[276] Det innebär inte per automatik att de ska hanteras inom sjukersättningen. Det kan också vara så att det bara är ett fåtal personer som har fått det sämre. Exempelvis kan gruppen som får avslag sättas i relation till hur många som tidigare beviljades sjukersättning. När nyttjandet låg som högst under 2005 beviljades cirka 60 000 personer ersättningen. 2023 ansökte färre än hälften, 23 000 personer, om ersättningen. Av dessa var det 11 000 som fick avslag. Som Försäkringskassan tidigare har framhållit är den viktigaste faktorn för att bedöma om det minskande antalet personer med sjukersättning är positivt ur ett välfärdsperspektiv, att antalet personer med otillräcklig försörjning inte ökar.[277] Det är också viktigt att följa hur ekonomisk standard utvecklas, bland personer som har haft längre sjukfall och personer som har lämnat sjukförsäkringen under en längre tid.

Det saknas också heltäckande studier kring i vilken mån det tidigare skyddet från sjukersättningen har flyttats till andra ersättningar och system. En intressant fråga är i vilken grad personer som tidigare skulle ha beviljats sjukersättning, nu i stället har sjukpenning. Det vore också intressant att studera förflyttningen från sjukförsäkringen till annan försörjning för fler åldersgrupper än i tidigare studie.[278] Särskilt eftersom nyttjandet har minskat även bland yngre grupper; för dem är det möjligt att både skälen till att ansöka om sjukersättning och etableringen på arbetsmarknaden ser annorlunda ut.

Fördjupade studier om ekonomisk standard och ekonomisk trygghet

De senaste decennierna har skillnaderna i disponibel inkomst ökat mellan hushåll där någon har sjukersättning och hushåll som inte har det, och under senare år har en majoritet av hushåll med sjukersättning haft det vi i denna rapport kallar låg inkomst. Parallellt har allt fler personer arbetsinkomster som överstiger sjukersättningens tak.

I detta avsnitt resonerar vi kring behovet av fördjupade studier av den ekonomiska standarden bland personer med sjukersättning.

---

[275] SOU 2021:69.

[276] Riksrevisionen (2018).

[277] Försäkringskassan (2025b).

[278] Se Johansson P, Laun L, Palme M, Stensöta H (2018).

Fördjupade studier av den ekonomiska standarden

Tidigare studier har undersökt den ekonomiska standarden bland personer med sjuk- och aktivitetsersättning.[279] De tar dock inte hänsyn till de mer principiella skillnaderna mellan sjukersättningens ersättningstyper, det vill säga grundtrygghet och inkomsttrygghet. Det vore alltså värdefullt med fördjupade studier med denna indelning. Sådana studier skulle också kunna undersöka hur sjukersättningen bidrar till berörda gruppers ekonomiska trygghet.

Inte minst eftersom allt fler endast har garantiersättning och ofta från unga år. Det innebär att garantiersättningens nivå får betydelse för fler, och dessutom under långa perioder. I tillägg har nyttjandet av sjukersättning ökat bland äldre sedan regeländringarna 2022. Många av dessa äldre har tidigare arbetsinkomster som ger inkomstrelaterad ersättning. Det skulle kunna betyda att sjukersättningens tak fått större betydelse för fler äldre som beviljas sjukersättning.

Fördjupade studier kan sättas i relation till sjukersättningens principiella syften

De studier vi föreslår knyter också an till en ytterligare fråga för vidare studier, nämligen hur sjukersättningen lever upp till sina två principiella syften. Tidigare studier har beskrivit en förskjutning i socialförsäkringen under senare decennier, från inkomsttrygghet till grundtrygghet.[280] Framför allt genom att prisindexeringen av ersättningarnas tak lett till en urholkning av inkomstbortfallsprincipen i takt med stigande reallöner.[281] Samtidigt innebär den kraftiga minskningen av antalet med inkomstrelaterad sjukersättning att ersättningen numer till större del än tidigare går till att ge ett grundskydd. Dessutom har andelen arbetande personer med inkomster över taket, som därmed inte täcks vid ett eventuellt nybeviljande av sjukersättning, ökat. Hur inkomsterna utvecklas bland dem som faktiskt beviljas ersättningen har dock inte följts upp här, utan skulle behöva ingå i framtida studier.

En ytterligare fråga för framtida studier av inkomsttryggheten är hur stor del som förflyttats inom sjukförsäkringen samt till kollektivavtalade eller privata försäkringar. En del av dem som tidigare kunde ha sjukersättning har nu sjukpenning och parallellt med att allt fler har inkomster högre än socialförsäkringarnas tak, har det blivit vanligare med kompletterande kollektivavtalade eller privata försäkringar.[282] Det senare har lett till att inkomsttrygghetens komplexitet ökat och kan ha bidragit till att öka skillnaderna mellan dem som får sjukersättning och omfattas av och kvalificerar sig för ersättning, respektive dem som inte gör det. [283]

[279] Försäkringskassan (2009); Försäkringskassan (2025c), I vår kunskapssammanställning redovisas några av resultaten i den senare rapporten för personer som är minst 30 år och därmed endast har sjukersättning.

[280] Nelson K, Sirén S (2025).

[281] Nelson K, Sirén S (2025); ISF (2022).

[282] ISF (2022).

[283] Cronert A, Eklund K, Laun L, Meiton K (2025).

Referenser

Rapporter

Expertgruppen för Studier i offentlig ekonomi, ESO, (2022). Tryggare kan ingen vara? En ESO-rapport om socialförsäkringar och välfärdssystem. Rapport 2022:2.

Folkhälsomyndigheten (2022). Folkhälsans utveckling – årsrapport 2022.

Försäkringskassan (2009). Inkomstutvecklingen för individer med sjukersättning och aktivitetsersättning. Ekonomisk standard åren 1991–2006. Socialförsäkringsrapport 2009:12.

Försäkringskassan (2014). Analys av sjukfrånvarons variation. Väsentliga förklaringar av upp- och nedgång över tid. Socialförsäkringsrapport 2014:17.

Försäkringskassan (2017a). Fler individer fast i långa sjukskrivningar. Korta analyser 2017:2.

Försäkringskassan (2017b). Mera likformigt och högre rättslig kvalitet – en sammanfattande analys av likformighet i handläggningen av sjukersättning. PM 2017:3.

Försäkringskassan (2019). Uppföljning av reformer för mer tydlighet och aktivitet i sjuk- och aktivitetsersättningen. Svar på regeringsuppdrag 2019-02-21, dnr 002675–2018.

Försäkringskassan (2020a). Uppföljning av sjukfrånvarons utveckling 2020. Svar på regeringsuppdrag 2020-04-22, dnr 001382–2020.

Försäkringskassan (2020b). Försäkrad inkomst i socialförsäkringen. Korta analyser 2020:2.

Försäkringskassan (2023a). Analys av särskilda bestämmelser för äldre i förvärvsarbetande ålder för sjukpenning och sjukersättning. Svar på regeringsuppdrag 2023-08-22, dnr FK 2023/004609.

Försäkringskassan (2023b). Analys av skillnader i nyttjande av sjukförsäkringen, delrapport 1. Svar på regeringsuppdrag 2023-11-01, dnr FK 2023/002328.

Försäkringskassan (2023c). Socialförsäkringen vid hög inflation. Korta analyser 2023:1.

Försäkringskassan (2023d). Den svenska sjukfrånvaron i ett europeiskt perspektiv, 1995–2022. Arbetsrapport 2023:2.

Försäkringskassan (2024a). Skillnader i beslut på ansökan om sjukersättning mellan kvinnor och män. FK 2024/002406.

Försäkringskassan (2024b). Socialförsäkringen i siffror 2024.

Försäkringskassan (2024c). Vilka konsekvenser har äldrereglerna i sjukförsäkringen haft för arbetsutbudet bland äldre och för samhällsekonomin? Svar på regeringsuppdrag, dnr FK 2023/019272.

Försäkringskassan (2024d). Skillnader i sjukfrånvaro. En forskningsöversikt med fokus på könsskillnader. Svar på regeringsuppdrag, dnr FK 2023/002328.

Försäkringskassan (2024e). Analys av skillnader i nyttjande av sjukförsäkringen. Delrapport 3. Svar på regeringsuppdrag, dnr FK 2023/002328.

Försäkringskassan (2024f). Förändringar inom socialförsäkrings- och bidragsområdena 1968-01-01–2024-09-30.

Försäkringskassan (2024g). Analys av aktiviteter under tid med aktivitetsersättning. Svar på regeringsuppdrag, dnr FK 2023/019274.

Försäkringskassan (2025a). Diagnos och kön samband med beslut om sjukersättning. Diagnos en viktig förklaring till könsskillnader i avslag. PM 2025:1.

Försäkringskassan (2025b). Analys av skillnader i nyttjande av sjukförsäkringen. Delrapport 4 - slutredovisning. Svar på regeringsuppdrag, dnr FK 2023/002328.

Försäkringskassan (2025c). Disponibla inkomster bland personer med ersättning från sjukförsäkringen. Socialförsäkringsrapport 2025:5.

Försäkringskassan (2025d). Vad händer med inkomsten vid långtidssjukskrivning? Socialförsäkringsrapport 2025:6.

Försäkringskassan (2025e). Sjukersättningens utveckling över tid. Korta analyser 2025:2.

Inspektionen för socialförsäkringen, ISF (2012). Stabilitet i sjukfrånvaron. Rapport 2012:15.

ISF (2018a). Steglös avräkning. Rapport 2018:11.

ISF (2018b). Regeringens mål om ett sjukpenningtal på 9,0 dagar. En redovisning av hur regeringen styr Försäkringskassan och hur myndigheten arbetar för att bidra till att målet uppnås. Rapport 2018:17.

ISF (2022). Utvecklingen av socialförsäkringsförmånerna under de senaste 30 åren. En analys av hur värdet av bidragsnivåer och inkomsttak har förändrats och effekten på hushållens inkomster. Rapport 2022:2.

ISF (2023a). Avskaffandet av tidsbegränsad sjukersättning. En granskning av de personer som fick ersättningen och vilken inkomst de hade efter avskaffandet. Rapport 2023:7.

ISF (2023b). De nya äldrereglerna i sjukersättningen. En granskning av Försäkringskassans utmaningar under det första året. Rapport 2023:8.

ISF (2023c). Konsekvenser av förändringar i sjukförsäkringen. Rapport 2023:10.

OECD (2009). Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers: Sweden: Will the Recent Reforms Make It? OECD Publishing, Paris.

Riksrevisionen (2005). Förtidspension utan återvändo. RiR 2005:14.

Riksrevisionen (2018). Nekad sjuk- och aktivitetsersättning – effekter på inkomst och hälsa. RiR 2018:9.

Forskning

Andersson J (2018). Ekonomiska incitament till arbete inom sjukförsäkringssystemet - effekter av steglös avräkning. IFAU, Rapport 2018:6.

Avdic D, Johansson P, (2013). Könsskillnader i preferenser för sjukfrånvaro. IFAU, Rapport 2013:13.

Bjerstedt D (2009). Tryggheten inför rätta. Om rätten till förtidspension enligt förvaltningsdomstolarna under tre decennier. Doktorsavhandling, Sociologiska institutionen, Lunds universitet.

Courtenay W.H (2000). Constructions of masculinity and their influence on men’s well-being: a theory of gender and health. Social Science & Medicine 50 (2000) 1385 – 1401. DOI: 10.1016/s0277-9536(99)00390-1.

Cronert A, Eklund K, Laun L, Meiton K (2025). Inkomsttrygghetens nya mosaik Kompletterande ersättningar vid inkomstbortfall i Sverige. SNS Förlag.

Johansson P, Laun L, Laun T (2014). Screening stringency in the disability insurance program. The B.E. Journal of Economic Analysis & Policy. 14. 873-891. DOI: 10.1515/bejeap-2013−0095.

Johansson P, Laun L, Palme M, Olofsdotter Stensöta H (2018). Drivkrafter och möjligheter till ett förlängt arbetsliv. SNS, Forskningsrapport.

Laun L, Palme M, Svensson I (2012) Disability Insurance, Population Health, and Employment in Sweden. Ur David A Wise (ed.), Social Security Programs and Retirement around the World: Historical Trends in Mortality and Health, Employment and Disability Insurance Participation and Reforms, Chicago: University of Chicago Press.

Laun L, Palme M (2019) The Recent Rise of Labor Force Participation of Older Workers in Sweden. Ur Courtney Coile, Kevin Milligan and David A. Wise (eds.), Social Security Programs and Retirement around the World: Working Longer, Chicago: University of Chicago Press.

Laun L, Liljeberg L, Åslund O (2020). Utrikes födda och välfärdssystemen. Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering, IFAU, rapport 2020:15.

Larsson F, Laun L, Åslund O (2023). Kommer sent, lämnar tidigt? Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering, IFAU, rapport 2023:11.

Lidwall, U & Skogman Thoursie, P (2000) Sjukfrånvaro och förtidspension. En beskrivning och analys av utvecklingen de senaste decennierna. RFV analyserar 2000:2. Stockholm: Riksförsäkringsverket.

Nelson K, Sirén S (2025). Grund- eller inkomsttrygghet? Svensk ekonomisk trygghetspolitik i historisk och internationell bemärkelse. SNS Forskningsrapport.

Skogman Thoursie P (1999). Disability and Work in Sweden. Doktorsavhandling, Institutet för social forskning, Stockholms universitet.

Förarbeten

Departementsserien, DS 2019:2. Höjda åldersgränser i pensionssystemet och i andra trygghetssystem.

Prop. 1913:126 Kungl. Maj.ts proposition nr 126.

Prop. 1953:178 Kungl. Maj:ts proposition till riksdagen med förslag till lag angående ändring i lagen den 3 januari 1917 (nr 1) om allmän sjukförsäkring, m. m.

Prop. 1994/95:147 Rätten till förtidspension och sjukpenning samt folkpension för gifta.

Prop. 1996/97:28 Kriterier för rätt till ersättning i form av sjukpenning och förtidspension.

Prop. 1997/98:111 Reformerad förtidspension, m.m.

Prop. 1999/2000:4 Vilande förtidspension.

Prop. 2000/01:96 Sjukersättning och aktivitetsersättning i stället för förtidspension.

Prop. 2002/03:1 Budgetproposition för 2003. Utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp.

Prop. 2003/04:1 Budgetproposition för 2004. Utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp.

Prop. 2005/06:159 Vissa socialförsäkringsfrågor.

Prop. 2007/08:124 Från sjukersättning till arbete.

Prop. 2007/08:136 En reformerad sjukförsäkringsprocess för ökad återgång i arbete.

Prop. 2008/09:1 Budgetpropositionen för 2009. Utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp.

Prop. 2014/15:1 Budgetpropositionen för 2015. Utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp.

Prop. 2016/17:1 Budgetpropositionen för 2017. Utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning.

Prop. 2021/22:220. Sjukersättning till äldre i förvärvsarbetande ålder.

Prop. 2023/24:1 Budgetpropositionen för 2024. Utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning.

Prop. 2024/25:1 Budgetpropositionen för 2025 Utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning.

Statliga utredningar

SOU 1997:166 Ohälsoförsäkringen. Trygghet och aktivitet.

SOU 2021:69 En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet.

SOU 2024:26 En utvärdering av förändringar i sjukförsäkringens regelverk under 2021 och 2022.

Artiklar

Torén K, Castenbrandt H (2023). Läkarintyg, arbetsförmåga och förtidspensionering 1901–1937: Så fick läkaren en viktig roll vid sjukersättning. Läkartidningen 230515.

Webbsidor

Pensionsmyndigheten (2025). Information hämtad från Pensionsmyndighetens webbplats 2025-03-26, www.pensionsmyndigheten.se (Sökväg: Start/Gå i pension/Planera din pension/Riktålder – när kan jag ta ut allmän pension?).

Eurostat (2025). Information hämtad från Eurostats webbplats 2025-08-07, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:At-risk-of-poverty_rate.

Domar

Högsta förvaltningsdomstolen, HFD 2011 ref. 63 I–III.

Högsta förvaltningsdomstolen, HFD 2019 ref. 48.

Försäkringskassans vägledningar

Försäkringskassan. Sjukersättning. Vägledning 2003:1, version 11.

Försäkringskassan. Aktivitetsersättning. Vägledning 2013:2, version 15.

Statistik

Försäkringskassans datalager SToRE.

Försäkringskassans datalager MiDAS (Mikrodata för analys av Socialförsäkringen).

Statistiska centralbyrån, SCB, (2024) Statistikdatabasen: Folkmängd efter region, kön, födelseregion och år.

Statistiska centralbyrån, SCB, (2025) Statistikdatabasen: Sammanräknad förvärvsinkomst, medianinkomst, för boende i Sverige hela året, tkr efter kön, ålder, inkomstklass och år.