Sjuk frånvaro och sjukfrånvaro

Om Europas kostnader för ohälsa och vinsterna med mer förebyggande vård

ADRIAN MEHIC



ephi

Innehållsförteckning

Förord 3

Sjukfrånvarons dolda kostnader 5
Hur många arbetsdagar försvinner? 5
Skillnaderna mellan länder är stora 6
Vad ligger bakom sjukfrånvaron? 8
Sjukfrånvaron motsvarar arbetskraftskostnader på omkring 540 miljarder euro 8
Den verkliga kostnaden är högre 9
Små förbättringar får stora effekter 10
Från att hantera frånvaro till att förebygga den 11

Referenser 13

Förord

Fler friska år – för människan och Europa

Europa står inför ett paradoxalt hälsoproblem. Vi lever längre än någonsin tidigare, men alltför många av de extra levnadsåren präglas av sjukdom, nedsatt arbetsförmåga och långa sjukskrivningar. Frågan är därför inte bara hur vi får människor att leva längre, utan hur vi får dem att leva fler friska år.

När kostnaden för ohälsa diskuteras handlar samtalet nästan alltid om sjukvårdens budget. Men den största kostnaden uppstår ofta någon annanstans: på arbetsplatserna, i företagen och i samhällsekonomin när människor tvingas vara borta från arbetet under långa perioder. Sjukfrånvaro är därför inte bara en fråga om vård, utan också om produktivitet, livskvalitet och Europas långsiktiga konkurrenskraft. Denna rapport visar att sjukfrånvaron kostar EU:s medlemsländer hundratals miljarder euro varje år, och att en betydande del av dessa kostnader är kopplade till ohälsa som går att förebygga.

I EPHI:s tidigare rapport *Från sjukvård till hälsovård* argumenterade vi för ett skifte i synen på vård. I stället för att nästan uteslutande lägga resurser på att behandla människor när de redan har blivit sjuka finns det stora möjligheter att upptäcka risker tidigare, förebygga ohälsa och på så sätt ge fler människor fler friska år.

Denna rapport visar att sjukfrånvaron kostar EU:s medlemsländer hundratals miljarder euro varje år, och att en betydande del av dessa kostnader är kopplade till ohälsa som går att förebygga.

Med den här rapporten tar vi nästa steg och lyfter blicken från Sverige till Europa. Europas länder skiljer sig inte bara åt när det gäller hur mycket människor är sjukskrivna, utan också i hur sjukvård och socialförsäkringar är organiserade. Sverige har exempelvis ett huvudsakligen skattefinansierat sjukvårdssystem, medan Nederländerna bygger sin sjukvård på obligatorisk sjukförsäkring och konkurrerande privata försäkringsgivare.

Nationalekonomen Adrian Mehic visar hur mycket sjukfrånvaro kostar oss i EU, resurser som i många fall skulle kunna användas bättre om fler sjukdomar förebyggdes eller behandlades i ett tidigare skede.

Vår poäng är inte att människor ska arbeta när de är sjuka. Tvärtom handlar rapporten om hur vi kan minska den sjukfrånvaro som går att förebygga och skapa system som hjälper människor att bibehålla och återfå sin hälsa snabbare. Om fler européer kan leva hälsosammare liv och behålla sin arbetsförmåga längre, vinner både individen och samhället.

Vi på EPHI hoppas att rapporten ska bidra till en bredare europeisk diskussion om förebyggande hälsa. Om fler människor kan leva mer hälsosamt och få fler friska år på arbetsmarknaden vinner både individen och Europas ekonomi och välfärd.



Adam Schlüssler
Brysselansvarig, EPHI

Stockholm, 2026

Sjukfrånvarons dolda kostnader

När kostnaden för ohälsa diskuteras i samhällsdebatten hamnar fokus nästan alltid på sjukvårdens utgifter. Det är naturligt eftersom sjukhus, vårdcentraler, läkemedel och äldreomsorg belastar statens, regionernas och kommunernas budgetar. Men utgifterna för sjukvård är bara en liten del av den samhällsekonomiska kostnaden för ohälsa. När människor inte kan arbeta på grund av sjukdom minskar också produktionen, samtidigt som arbetsgivare och kollegor tvingas hantera frånvaron.

Sjukfrånvaro innebär därför kostnader på flera nivåer. Arbetsgivaren kan behöva betala sjuklön, anlita ersättare eller låta andra medarbetare arbeta övertid. Detta leder i sin tur till att kollegor får ta över arbetsuppgifter, projekt försenas och kunder får vänta. För den offentliga sektorn tillkommer utgifter för sjukpenning, rehabilitering och vård. Längre sjukskrivningar kan dessutom leda till att människor lämnar arbetsmarknaden helt, vilket minskar skatteintäkterna och ökar utgifterna för socialförsäkringar.

Fördelarna med förbättrad hälsa handlar således inte enbart om att vårdkostnaderna sjunker eller att livskvaliteten ökar. De handlar också om att fler människor kan arbeta, ta hand om sig själva och vara en aktiv del av samhället under längre tid. När man gör en insats som hindrar eller förkortar ett sjukfall, kan det alltså skapa värden som går långt bortom vad sjukvårdens budget egentligen visar.

Hur många arbetsdagar försvinner?

Att jämföra sjukfrånvaro mellan länder är svårt. Länder skiljer sig åt när det gäller vem som betalar ersättning, hur frånvaron registreras, hur länge en person kan vara sjuk utan läkarintyg och vilka grupper som omfattas av statistiken. I vissa länder bygger uppgifterna på administrativa register, medan de i andra bygger på enkäter. Dessutom kan kortare sjukfall saknas i registren; å andra sidan kan självrapporterad frånvaro underskattas när människor glömmer enstaka sjukdagar.

OECD har därför tagit fram en mer jämförbar indikator med utgångspunkt i EU:s arbetskraftsundersökning. Den avser heltidsanställda och mäter hur många veckor per år som går förlorade på grund av sjukdom. Både hela frånvaroveckor och de timmar som går förlorade när en anställd endast kan arbeta en del av veckan inkluderas. För att korrigera för att sjukfrånvaro underrapporteras i arbetskrafts-undersökningar multiplicerar OECD dessutom de observerade värdena med två.

Utifrån OECD:s data uppgår sjukfrånvaron till i genomsnitt omkring 2,9 arbetsveckor per heltidsanställd och år i EU, när ländernas uppgifter viktas med deras andel av EU:s sysselsättning. Med fem arbetsdagar per vecka motsvarar det knappt 15 arbetsdagsekvivalenter. Ställt mot ett arbetsår på cirka 250 möjliga arbetsdagar motsvarar detta cirka sex procent av arbetstiden. Även om sex procent framstår som relativt begränsat för ett enskilt företag blir summorna däremot mycket stora när man tar hänsyn till hela EU:s arbetsmarknad.

Skillnaderna mellan länder är stora

Det finns stora variationer i sjukfrånvaro mellan länder. I tabell 1 nedan redovisas det genomsnittliga antalet veckor som en arbetstagare i respektive land är sjukskriven för ett antal olika länder i EU samt Norge. Tabellen är framtagen utifrån OECD:s statistik för 2025. Sjukfrånvaron uppgår till knappt sex veckor per heltidsanställd i Norge, omkring fem veckor i Finland och Spanien, medan Frankrike ligger på drygt fyra veckor. Sverige och Tyskland ligger på strax över tre veckor. I vissa öst- och syd-europeiska länder är den redovisade frånvaron betydligt lägre. I exempelvis Italien och Grekland är sjukfrånvaron i genomsnitt mindre än en vecka per heltidsanställd.

Tabell 1: Antal arbetsveckor av sjukfrånvaro per år per heltidsanställd i ett urval av EU-länder samt Norge, 2025.
Ungefärliga dagsekvivalenter avrundade till närmaste heltal.

Land	Veckor per heltidsanställd	Ungefärliga dagsekvivalenter
Norge	5,7	29
Spanien	5,0	25
Finland	4,8	24
Frankrike	4,1	21
Tyskland	3,5	18
Österrike	3,3	17
Sverige	3,2	16
EU-snitt	2,9	15
Nederländerna	2,7	14
Danmark	2,1	11
Polen	1,8	9
Slovakien	1,2	6
Italien	0,6	3
Grekland	0,2	1

Skillnaderna mellan länder ska inte nödvändigtvis tolkas som ett mått på hur friska befolkningarna är. En låg registrerad sjukfrånvaro kan förvisso indikera god hälsa, men kan lika gärna bero på att ersättningen är låg, att anställningstryggheten är svag eller att sjuka personer går till arbetet trots att de inte är arbetsföra. På motsvarande sätt kan en relativt hög frånvaro delvis bero på att sjukförsäkringen gör det möjligt att stanna hemma, att arbetsgivare registrerar korta sjukfall bättre eller att fler personer med nedsatt arbetsförmåga faktiskt befinner sig i arbete.

Internationella jämförelser påverkas också av arbetsmarknadens sammansättning. Sjukfrånvaron tenderar exempelvis att vara högre i fysiskt krävande yrken och i verksamheter där arbetstagaren inte kan arbeta hemifrån. Länder med stora vård-, omsorgs-, industri- eller transportsektorer kan därför ha en annan frånvaroprofil än ekonomier där fler arbetar i kontors- och kunskapsyrken.

Trots dessa reservationer är skillnaderna mellan länderna så stora att de knappast enbart kan förklaras av statistiska eller strukturella skillnader. De pekar också på att sjukfrånvaron i viss utsträckning påverkas av faktorer som går att förändra. Arbetsmiljö, vårdens tillgänglighet, rehabilitering, förebyggande hälsovård och socialförsäkringarnas utformning kan påverka både hur ofta människor blir sjukskrivna och hur snabbt de återgår i arbete.

Norge är ett exempel på hur socialförsäkringarnas utformning kan påverka sjukfrånvaron. Landet har den högsta sjukfrånvaron i jämförelsen ovan, samtidigt som den norska sjukförsäkringen saknar motsvarighet till det svenska karensavdraget som i princip fungerar som en självrisk i sjukförsäkringssystemet. I Norge har anställda som huvudregel rätt till sjukpenning från den första sjukdagen, och arbetsgivaren står normalt för ersättningen under de första 16 kalenderdagarna. Det går inte att utifrån detta dra slutsatsen att avsaknaden av karens orsakar Norges höga sjukfrånvaro, men den illustrerar ändå en grundläggande avvägning i sjukförsäkringen: en generös försäkring ger ett starkare ekonomiskt skydd vid sjukdom men minskar samtidigt den ekonomiska kostnaden för den enskilde av att vara frånvarande från arbetet. Frågan om karensavdraget blev åter aktuell inför valet 2026, då Socialdemokraterna, Vänsterpartiet och Miljöpartiet gick till val på att avskaffa det.[1]

Även för arbetsgivare beror incitamenten på hur kostnaderna för sjukfrånvaro fördelas. Nederländerna utgör här en tydlig kontrast till många andra europeiska system. En nederländsk arbetsgivare är normalt skyldig att betala minst 70 procent av lönen till en sjuk anställd under upp till två år och har samtidigt ett ansvar för rehabilitering och återgång i arbete. Detta står i kontrast till Sverige, där arbets-

[1] Omni (2026). ”Dadgostars plan kring karensavdraget: Köra över C”. Publicerad 16 januari 2026.

givaren enbart behöver betala 80 procent minus karensavdraget i 14 dagar, varpå resten av kostnaden i huvudsak faller på sjukförsäkringssystemet. När en så stor del av kostnaden för långvarig sjukfrånvaro ligger kvar hos arbetsgivaren blir det å andra sidan mer ekonomiskt attraktivt att investera i förebyggande insatser. Enligt OECD:s data är sjukfrånvaron också lägre i Nederländerna än i Sverige, trots att det nederländska systemet innebär ett betydligt större ekonomiskt ansvar för arbetsgivaren vid långvarig sjukfrånvaro. Skillnaden illustrerar hur ett större kostnadsansvar samtidigt kan skapa starkare incitament att förebygga ohälsa och underlätta en snabb återgång i arbete.

Vad ligger bakom sjukfrånvaron?

En stor del av sjukfrånvaron är kopplad till diagnoser där förebyggande insatser, tidig behandling och rehabilitering åtminstone potentiellt kan påverka både risken för sjukskrivning och längden på densamma. I Sverige stod psykisk ohälsa för 46 procent av de pågående sjukfallen i maj 2026. Därefter följde sjukdomar i rörelseorganen, såsom muskel- och ledsjukdomar, med 18 procent, cancer med 7 procent samt skador och förgiftningar respektive sjukdomar i nervsystemet med 6 procent vardera.[2] Även i Norge dominerar psykiska och muskuloskeletala besvär.[3] Just de två största diagnosgrupperna är särskilt relevanta ur ett förebyggande perspektiv. För att minska risken för muskel- och ledsjukdomar kan arbetsgivaren exempelvis investera i åtgärder som förbättrar ergonomin på arbetsplatsen. På samma sätt kan tidiga insatser mot exempelvis stress och psykisk ohälsa minska risken för att besvären utvecklas till långvarig sjukfrånvaro. Även när själva sjukdomen inte kan förebyggas kan tidig behandling och rehabilitering bidra till att förkorta sjukskrivningen och underlätta återgången i arbete.

Sjukfrånvaron motsvarar arbetskraftskostnader på omkring 540 miljarder euro

För att uppskatta sjukfrånvarons kostnad för hela EU kan frånvaron ställas i relation till den totala ersättningen till anställda. Eurostats mått *compensation of employees* omfattar löner och andra ersättningar samt arbetsgivarnas sociala avgifter. År 2025 uppgick denna summa till cirka 9 039 miljarder euro i EU-länderna (Eurostat 2026). Om det centrala antagandet är att 6 procent av den potentiella arbetstiden går förlorad genom sjukfrånvaro blir den direkta arbetskraftskostnaden ungefär 540 miljarder euro per år.

[2] Försäkringskassan. Siffrorna avser maj 2026.

[3] Arbeids- og velferdsforvaltningen. Avser 2025.

Det är dock viktigt att understryka att EU:s BNP (bruttonationalprodukt) inte automatiskt skulle öka med 540 miljarder euro om all sjukfrånvaro försvann. Ersättning som betalas till en sjuk anställd är inte i sig detsamma som en samhällsekonomisk förlust. En del arbete tas igen senare eller utförs av kollegor, och vissa verksamheter kan upprätthålla produktionen trots frånvaron. Samtidigt medför detta ofta andra kostnader i form av ökad arbetsbelastning, övertid eller uppskjutna arbetsuppgifter.

De 540 miljarderna bör därför betraktas som en uppskattning av värdet av den arbetstid och de arbetskraftskostnader som är förknippade med sjukfrånvaron, inte som en exakt beräkning av förlorad BNP. Men beloppet visar storleksordningen – det motsvarar ungefär 2,9 procent av EU:s nominella BNP 2025, som då låg på cirka 18 800 miljarder euro (Europeiska kommissionen 2026). Resultatet är också beroende av vilket genomsnitt för sjukfrånvaron som används. Med 2,5 veckors frånvaro blir den direkta kostnaden omkring 450 miljarder euro. Med 3,5 veckor blir den närmare 630 miljarder euro. Ett rimligt intervall är därför cirka 450–630 miljarder euro, med 540 miljarder som huvudscenario.

Den verkliga kostnaden är högre

Den direkta arbetskraftskostnaden fångar dessutom inte hela produktionsbortfallet. Beräkningen ovan fångar nämligen enbart sjukdomsrelaterad frånvaro bland personer som fortfarande räknas som heltidsanställda. Den tar därmed inte hänsyn till hela den samhällsekonomiska kostnaden av långvarig ohälsa. Om exempelvis psykisk ohälsa eller belastningsskador leder till att en person permanent minskar sin arbetstid eller helt lämnar arbetsmarknaden uppstår ett produktionsbortfall som inte längre registreras som sjukfrånvaro. Till detta kommer offentliga utgifter för långvariga ersättningar och förlorade skatteintäkter. Den totala arbetsmarknadskostnaden för ohälsa är därför större än vad sjukfrånvarokalkylen visar.

Dessutom är sjukskrivningar förknippade med indirekta kostnader. När en anställd är frånvarande behöver arbetet ofta utföras av någon annan. Kollegor får prioritera bort sina ordinarie uppgifter, chefer ägnar tid åt bemanning och administration och företag kan behöva anlita tillfällig personal. Effekterna kan vara särskilt stora om den frånvarande medarbetaren arbetar i ett team, är svår att ersätta eller utför tidskritiska arbetsuppgifter.

Nicholson m.fl. (2006) skattar sådana så kallade multiplikatoreffekter för 35 yrken och finner en medianmultiplikator på 1,28, vilket innebär att produktionsbortfallet i genomsnitt var 28 procent högre än den frånvarande arbetstagarens lön. En senare nederländsk studie finner en genomsnittlig multiplikator på 1,25 (Brouwer et al. 2023),

medan andra empiriska skattningar visar större effekter. Krol m.fl. (2023) visar att resultaten varierar betydligt mellan yrken. I vissa yrken tycks frånvaron orsaka små ytterligare produktionsförluster utöver den frånvarande medarbetarens egen produktion, medan de indirekta kostnaderna i andra yrken kan vara betydande. Exempel på yrken med små indirekta kostnader är snabbmatskockar och bilmekaniker (Nicholson m.fl. 2006), medan ingenjörsyrken uppvisar höga indirekta kostnader (Pauly m.fl. 2008). Som en förenklad känslighetsanalys antar vi därför att indirekta produktivitetseffekter ökar kostnaden med 25–50 procent.

Applicerat på EU:s direkta arbetskraftskostnad ger detta ytterligare indirekta produktivitetskostnader på omkring 135–270 miljarder euro per år, vilket gör att den sammanlagda kostnaden uppgår till 675–810 miljarder euro per år. Den breda uppskattningen motsvarar i storleksordningen 4 procent av EU:s BNP.

Det sagda innebär inte att hela beloppet skulle kunna återvinnas genom en politisk reform. All sjukfrånvaro kan eller bör inte förhindras. Människor behöver vara hemma när de är sjuka, både för att återhämta sig och för att undvika att smitta andra. En politik som enbart pressar ned antalet sjukdagar riskerar i stället att öka sjuknärvaron, försämra hälsan och skapa längre sjukfall senare. Den relevanta frågan är därför inte hur vi kan avskaffa all sjukfrånvaro, utan hur den förebyggbara frånvaron kan minska och hur människor som blivit sjuka snabbare kan få rätt behandling, rehabilitering och stöd med syfte att återgå i arbete.

Små förbättringar får stora effekter

Eftersom den samlade kostnaden är så stor behövs inte dramatiska förändringar för att skapa betydande samhällsekonomiska vinster. Om EU:s sjukfrånvaro kunde minska med tio procent, från 15 till omkring 13,5 dagsekvivalenter per anställd, skulle den direkta arbetskraftskostnaden minska med nästan 55 miljarder euro per år. Om även de uppskattade multiplikatoreffekterna inkluderas motsvarar en sådan minskning omkring 69–81 miljarder euro i minskade produktionsförluster och arbetskraftskostnader per år.

Det betyder inte att varje förebyggande insats är lönsam. Screening, hälsoundersökningar, digital övervakning och olika typer av arbetsplatsprogram kräver också resurser och kan ge svaga resultat om de riktas mot fel grupper. Förebyggande verksamhet måste därför utvärderas på samma sätt som annan vård. Insatser bör bedömas utifrån hur mycket ohälsa och frånvaro de faktiskt förhindrar och hur kostnaden för detta förhåller sig till alternativa användningar av resurserna.

Men beräkningen visar varför ett alltför snävt budgetperspektiv kan leda fel. En region som finansierar en tidig behandling kan få stå för hela kostnaden, medan en stor del av vinsten uppstår hos arbetsgivaren, staten och den enskilde genom färre sjukdagar och högre arbetsinkomst. Om olika delar av samhället betalar för insatsen och får del av vinsten försvagas drivkrafterna att investera i förebyggande hälsa.

Från att hantera frånvaro till att förebygga den

Sjukfrånvaro är först och främst ett resultat av att människor är sjuka. Men den är också en signal om hur väl vården, arbetsmarknaden och socialförsäkringarna fungerar tillsammans. Ett mer hälsoorienterat system skulle ingripa tidigare. Det kan exempelvis handla om snabbare tillgång till primärvård, fysioterapi och psykologisk behandling, men också om bättre arbetsmiljö, tidig rehabilitering och tydligare samordning mellan vårdgivare, arbetsgivare och socialförsäkring. Vidare kan digitala verktyg – exempelvis genom egenmonitorering, där patienter kan mäta sina värden som överförs automatiskt till vårdpersonalen – underlätta tidig upptäckt av sjukdomar och riskfaktorer.

Perspektivskiftet gynnar också arbetsgivarna. Förbättrad hälsa kan minska frånvaron och därmed både produktionsbortfall och arbetskraftskostnader. För det offentliga innebär det att kostnaderna för förebyggande hälsoinsatser måste vägas mot att minskad sjukfrånvaro ger högre skatteintäkter, lägre utgifter för sjukpenning och en minskad belastning på sjukvården. I takt med att befolkningen åldras blir det allt viktigare att begränsa de offentliga kostnader som följer av ohälsa.

Att människor lever längre är en stor framgång. Den fulla vinsten uppstår emellertid först när fler av dessa år också kan levas med god hälsa och arbetsförmåga. Vägen från sjukvård till hälsovård handlar därför inte bara om att minska trycket på sjukhusen. Den handlar också om att ta vara på den mänskliga och ekonomiska potential som i dag går förlorad genom förebyggbar ohälsa.

Referenser

Brouwer, W., Verbooy, K., Hoefman, R. & van Exel, J. (2023). "Production Losses due to Absenteeism and Presenteeism: The Influence of Compensation Mechanisms and Multiplier Effects." *PharmacoEconomics*, 41(9), 1103–1115.

Europeiska kommissionen (2026). *EU's GDP valued at €18.8 trillion in 2025.* Pressmeddelande från 6 augusti 2026. Hämtad 19 augusti 2026. https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/w/wdn-20260806-1

Eurostat (2026). *Compensation of Employees*, dataset TEC00013. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/product/page/TEC00013

Försäkringskassan (2026). *Statistikdatabas: Startade sjukpenningfall efter detaljerad diagnos.* Uttag avseende maj 2026. Hämtad 13 oktober 2026. https://www.forsakringskassan.se/statistik-och-analys/statistikdatabas#!/sjuk/sjp-startade-detaljerad-diagnos

Grensetjänsten Norge-Sverige (u.å.). *Ersättning vid sjukskrivning. Information om sjukersättning vid arbete i Norge.* Hämtad 9 oktober 2026. https://www.grensetjansten.com/sv/jobb/vard-och-sjukersattning-vid-jobb-i-norge/ersattning-vid-sjukskrivning

Krol, M., Hosseinnia, N., Brouwer, W. & Hakkaart-van Roijen, L. (2023). "Multiplier Effects and Compensation Mechanisms for Inclusion in Health Economic Evaluation: A Systematic Review." *PharmacoEconomics*, 41(9), 1031–1050.

NAV (2026). *Nedgang i sykefraværet i 2025.* Hämtad 13 oktober 2026. https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/sykefravar-statistikk/nyheter/nedgang-i-sykefravaeret-i-2025

Netherlands Enterprise Agency (RVO) (2026). *Sick pay: continued payment of wages.* Nederländernas företagsportal, Business.gov.nl. Hämtad 9 oktober 2026. https://business.gov.nl/regulations/sick-pay/

Nicholson, S., Pauly, M. V., Polsky, D., Sharda, C., Szrek, H. & Berger, M. L. (2006). "Measuring the effects of work loss on productivity with team production." *Health Economics*, 15(2), 111–123.

OECD (2025). *Sickness Absences of Full-Time Dependent Employees*, OECD Health Statistics. https://data-explorer.oecd.org/vis?df[ds]=dsDisseminateFinalDMZ&df[id]=DSD_HEALTH_STAT%2540DF_AWDI&df[ag]=OECD.ELS.HD&df[vs]=1.1&dq=.A.....&pd=2010,&to[TIME_PERIOD]=false&vw=ov

Omni (2026). *Dadgostars plan kring karensavdraget: Köra över C*. Hämtad 16 januari 2026. https://omni.se/dadgostars-plan-kring-karensavdraget-kora-over-c/a/8p6Wgr

Pauly, M. V., Nicholson, S., Polsky, D., Berger, M. L. & Sharda, C. (2008). "Valuing Reductions in On-the-Job Illness: 'Presenteeism' from Managerial and Economic Perspectives." *Health Economics*, 17(4), 469–485.

SVT Nyheter (2026). *Valkompass 2026: Karensavdraget vid sjukdom ska avskaffas*. Hämtad 9 oktober 2026. https://valkompass.svt.se/2026/fragor/riksdag/#karensavdraget-vid-sjukdom-ska-avskaffas



ephi

Environment and Public Institute är en idéburen tankesmedja som värnar den fria marknaden och den fria forskningen. EPHI publicerar rapporter om aktuella ämnen inom folkhälsa och miljö.

På ephi.se kan du läsa samtliga publikationer.

www.ephi.se