

Kostnaden för avskaffandet av karensavdraget

2025-04-14

Nikolay Angelov och Arian Mosaddegh

Sammanfattning

Karensavdraget är ett avdrag på sjuklönen som görs i samband med påbörjad sjukfrånvaro. I denna promemoria presenterar vi kostnaden för Socialdemokraternas förslag att ta bort karensavdraget i sjukförsäkringen.

En borttagning av karensavdraget kommer innebära en ökning av de direkta kostnaderna för arbetsgivare eftersom de kommer att stå för sjuklöneutbetalningar som motsvarar dagens karensavdrag. Förslaget kommer också leda till beteendeförändringar som innebär en ökad korttidssjukfrånvaro. Slutligen kommer fler sjukskrivna innebära utebliven produktion för företagen.

Socialdemokraterna har angett att kostnaden för borttagandet av karensavdraget ligger omkring fem miljarder. Denna siffra är missvisande och utgör en betydande underskattning av hur mycket kostnaderna ökar. Enligt resultaten i rapporten beräknas de faktiska kostnaderna för arbetsgivarna att öka med mellan **22,6–39,7 miljarder kronor** år 2025.

Även detta intervall underskattar sannolikt förslagets faktiska kostnader. Beräkningarna inkluderar nämligen inte de långsiktiga dynamiska effekter på företagens tillväxt, där det för närvarande saknas ett tillförlitligt beräkningsunderlag. Redan idag uppgår 26 procent av företagen att sjuklönekostnaderna är ett betydande tillväxthinder som förhindrar dem från att växa. Ett avskaffat karensavdrag kommer därför ha en direkt tillväxthämmande effekt på företagens tillväxt - med sämre ekonomi och välfärd som följd.

1. Inledning

Karensavdraget är ett avdrag på sjuklönen som görs i samband med påbörjad sjukfrånvaro. Avdraget är 20 procent av den sjuklön som individen hade fått under en genomsnittlig arbetsvecka, men kan aldrig bli större än den sjuklön som individen får under sjukskrivningen. För sjukskrivning under mindre än en hel arbetsdag innebär detta att karensavdraget blir mindre än 20 procent av veckosjuklönen. Vid sjukdom under flera dagar eller arbetspass fortsätter karensavdraget att dras tills individen har nått upp till 20 procent av sin genomsnittliga sjuklön för en vecka. Vid ny sjukskrivning inom fem dagar görs inget nytt karensavdrag, men om det har gått mer än fem dagar räknas det som en ny sjukperiod och ett nytt karensavdrag görs.

Inför Socialdemokraternas partikongress som ska hållas vid månadsskiftet maj/juni 2025 har partistyrelsen lagt ett förslag om att slopa karensavdraget i sjukförsäkringen. Det finns inga detaljer om förslaget. Kongresshandlingarna ska släppas 2025-04-16 och där kommer det förhoppningsvis finnas mer information, men för närvarande vet vi detta:

”Slopa karensavdraget, så att den som är sjuk får möjlighet att återhämta sig. Det innebär att den som är sjuk får sjuklön från första dagen. Det förutsätter också effektiva regler som gör att fusk och missbruk motverkas.”¹

Enligt Magdalena Andersson bedöms förslaget kosta statskassan minst fem miljarder kronor.² Vi vet i skrivande stund inte hur siffran har beräknats.

Frågan om karensavdraget är inte ny för Socialdemokraterna. Under slutskedet i valrörelsen 2022 annonserade partiet en ”miljardreform för att förändra karensavdraget”, utan att gå in på detaljer³. Även LO, Kommunal och andra LO-förbund har drivit frågan.

Karensavdraget ersatte karensdagen 2019 och även den förändringen förespråkades av LO och flera LO-förbund.⁴ Argumenten bakom förändringen i 2019 var att göra det mer rättvist för dem som har oregelbundna arbetstider, till exempel för den som är timanställd. För arbetstagare med koncentrerad arbetstid kunde de gamla reglerna medföra att arbetstagaren förlorar en relativt stor del av inkomsten om karensdagen infaller under en dag med ett långt arbetspass. Detsamma gällde för en arbetstagare med koncentrerat deltidsarbete.

¹ Källa: <https://www.socialdemokraterna.se/nyheter/nyheter/2025-04-02-slopa-karensavdraget-och-stada-ut-kriminella-foretag---partistyrelsens-forslag-till-kongressen>

² Källa: <https://www.gp.se/politik/s-slopa-karensavdraget-helt.7706496d-c707-414d-ada4-9963d813de3d>

³ Källa: <https://www.socialdemokraterna.se/nyheter/nyheter/2022-08-22-vi-behover-ta-krafttag-for-att-forandra-det-orattvisa-karensavdraget>

⁴ Se till exempel <https://www.aftonbladet.se/debatt/a/7lx0v9/karensdagen-ar-ett-hot-mot-folkhalsan>

2. Sjukfrånvaron: nivå och trender

I detta avsnitt redogörs för den aktuella sjukfrånvaron, samt dess utveckling över tid.

Skandia (2024) presenterar utvecklingen av kostnaderna för sjukskrivning (sjuknotan), där fokus ligger på individernas förvärvsinkomster som går förlorat vid sjukskrivning i mer än 14 dagar. Sjuknotan beräknas genom att först omvandla antalet nettosjukdagar till sjukår på kommunnivå. Därefter multipliceras antalet sjukår i varje kommun med kommunens medianinkomst. I rapporten visar de att den totala sjuknotan för Sverige uppgår till 91,9 miljarder kronor år 2024, vilket är en ökning med 14,2 miljarder jämfört med föregående år. Enligt studien står psykisk ohälsa för nästan hälften av kostnaden.

Ett annat perspektiv på sjukfrånvarons utveckling ges av Feelgoods (2024) jobbhälsorapport. Den visar på betydande skillnader i sjukfrånvaro mellan yngre (20–29 år) och äldre (30–65 år) arbetstagare. Skillnaderna är särskilt framträdande vad gäller korttidssjukfrånvaro, där yngre under 2023 hade dubbelt så hög korttidssjukfrånvaro som äldre. Unga uppvisar dessutom mer än dubbelt så hög upprepade frånvaro jämfört med äldre. Efter pandemin har även korttidssjukfrånvaron ökat markant bland unga, medan den har minskat bland äldre.

För att få en djupare förståelse över hur sjukfrånvaron har utvecklats över tid presenterar vi statistik från Försäkringskassan över antalet påbörjade och pågående sjukfall, samt statens kostnad för sjukförsäkringen. Statistiken avser sjukperioder längre än 14 dagar. För statistik om sjukfrånvaron rapporteras observationer från januari varje år. Detta urval begränsas vidare till individer i arbetsför ålder (20–64 år). Perioden för analysen omfattar åren 2017–2024, där vi jämför genomsnittet tre år före och tre år efter pandemiåren 2020 och 2021.

Tabell 1 visar antalet påbörjade sjukfall som är längre än 14 dagar - före respektive efter pandemin. Enligt tabellen har antalet sjukfall stigit från cirka 52 000 före pandemin till cirka 54 000 efter pandemin, vilket motsvarar en ökning med 3 procent. Åldersuppdelningen visar en tydlig ökning på 15 procent för åldersgruppen 30–39 år, medan den största minskningen på 13 procent noteras i åldersgruppen 20–29 år.

Tabell 1 – Påbörjade sjukfall 14 dagar och längre för januari, genomsnitt innan och efter pandemin

Grupp	Före pandemin	Efter pandemin	Förändring	Förändring i procent
20-29 år	8 878	7 743	- 1 134	-13%
30-39 år	11 902	13 638	1 736	15%
40-49 år	11 706	11 712	6	0%
50-59 år	14 070	14 809	739	5%
60-64 år	5 926	6 184	259	4%
20-64 år	52 482	54 086	1 605	3%

Not: Värdena före pandemin avser ett genomsnitt för januari månad under åren 2017–2019. Motsvarande värden efter pandemin avser ett genomsnitt för januari månad under åren 2022–2024.

På motsvarande sätt visar tabell 2 utvecklingen för antalet påbörjade sjukfall som är längre än 14 dagar. Här har antalet stigit från cirka 182 000 före pandemin till cirka 191 000 efter

pandemin, vilket motsvarar en ökning med 5 procent. Vid en uppdelning efter åldersgrupper framgår att den största ökningen observeras i grupperna 30–39 år och 60–64 år, med ökning på 15 respektive 16 procent. Samtidigt noteras den största minskningen i grupperna 20–29 år och 40–49 år, motsvarande minskningar på 12 respektive 5 procent. Det är viktigt att notera att detta enbart motsvarar sjukskrivningar som är längre än 14 dagar. Relaterat till resultaten i Feelgood (2024) framgår därmed att ungdomar i högre utsträckning är sjukskrivna under kortare perioder (till dag 14) jämfört med längre sjukskrivningar (efter dag 14).

Tabell 2 – Pågående sjukfall 14 dagar och längre för januari, genomsnitt innan och efter pandemin

Grupp	Före pandemin	Efter pandemin	Förändring	Förändring i procent
20-29 år	18 336	16 207	- 2 129	-12%
30-39 år	38 745	44 481	5 736	15%
40-49 år	47 185	44 855	- 2 330	-5%
50-59 år	53 725	57 931	4 207	8%
60-64 år	23 679	27 482	3 804	16%
20-64 år	181 669	190 957	9 288	5%

Not: Värdena före pandemin avser ett genomsnitt för januari månad under åren 2017–2019. Motsvarande värden efter pandemin avser ett genomsnitt för januari månad under åren 2022–2024.

Utvecklingen av statens kostnader för sjukförsäkringen presenteras genom sjukpenningtalet⁵. För december 2024 var det nationella sjukpenningtalet cirka 12,7 dagar per person, vilket är en ökning från cirka 11,1 dagar i december 2021. Detta innebär att den genomsnittliga försäkrade individen på den svenska arbetsmarknaden årligen mottar statlig ersättning för över 12 dagar med sjukskrivning eller rehabilitering. Totalt omfattar kostanden för sjuk- och rehabiliteringspenning 45,7 miljarder kronor år 2024.

Sammantaget visar statistik från Försäkringskassan, Feelgood (2024) och Skandia (2024) på en tydlig trend mot ökad sjukfrånvaro i Sverige. Trenden är särskilt tydlig för ungdomar och i synnerhet för korttidssjukfrånvaro, där unga uppvisar dubbelt så hög korttidsfrånvaro samt mer upprepad frånvaro jämfört med äldre åldersgrupper.

⁵ Sjukpenningtalet (2.0) visar det genomsnittliga antalet nettodagar per år med utbetald sjukpenning eller rehabiliteringsersättning per försäkrad person i arbetsför ålder. Nettodagar innebär att två dagar med halv ersättning räknas som en hel dag. Det inkluderar endast sjukskrivningar som varar längre än 14 dagar, eftersom arbetsgivaren står för de första två veckorna.

3. Betydelsen av ekonomiska incitament för sjukfrånvaron

Det finns en omfattande empirisk forskningslitteratur som studerar betydelsen av ekonomiska incitament för sjukfrånvaron. I detta avsnitt sammanfattar vi tidigare forskning om hur reformer inom det svenska sjukförsäkringssystemet, i synnerhet förändringar av karensregler och ersättningsnivåer, påverkar frekvensen och längden av sjukfrånvaro. Vi redogör också för resultaten i departementspromemorian DS 2023:33, som använder resultat från tidigare empiriska studier för att skatta de direkta och beteenderelaterade effekterna av ett avskaffande av karensavdraget. DS 2023:33 används i promemorians avslutande avsnitt där vi presenterar samlade skattningar av förslaget att ta bort karensavdraget.

Petterson-Lidblom och Thoursie (2013) undersöker en reform i det svenska sjukförsäkringssystemet från 1987, då karensdagen avskaffades och ersättningsgraden för korttidssjukskrivningar höjdes. Med hjälp av en *difference-in-differences*-strategi och registerdata analyserar de effekterna av reformen, där statligt anställda, som inte påverkades av förändringen, fungerar som kontrollgrupp. Resultaten visar att reformen ledde till en ökning av antalet påbörjade sjukfall med 11 procent för icke-statligt anställda jämfört med statligt anställda. Vidare framkom att reformen ledde till fler korta sjukskrivningar (1–7 dagar) och färre längre (över 8 dagar). Nettoeffekten blev enligt studien en minskning av det totala antalet sjukdagar med cirka 3 procent.

Andrén (2005) utvärderar effekterna av reformerna 1987 och 1991 på korttidssjukfrånvaro. Reformen 1987 avskaffade karensdagen medan reformen 1991 sänkte ersättningsnivån i sjukförsäkringen från 90 till 65 procent under de första tre dagarna av sjukskrivningen och till 80 procent från dag fyra. Med hjälp av urvalsundersökningar av befolkningen och registerdata visar de deskriptiva resultaten att avskaffandet av karensdagen 1987 ökade andelen sjukfall som varade 1–2 dagar med 30–40 procent. Författaren fortsätter med att skatta sjukfrånvarons längd med en *Cox proportional hazards* (CPH) modell. Resultaten visar att sannolikheten att avsluta en sjukskrivning under första veckan ökade med 13 procent efter reformen 1987 och med 32 procent efter 1991.

Henrekson och Persson (2004) undersöker hur förändringar i ersättningsnivåerna i det svenska sjukförsäkringssystemet under perioden 1955–1999 har påverkat sjukfrånvaron. Författarna finner att mer generösa ersättningsvillkor systematiskt leder till ökad sjukfrånvaro, medan restriktivare villkor minskar den. Enligt studien ökade avskaffandet av karensdagen 1987 antalet sjukdagar med cirka 1,1 dagar per person och år. Reformen 1991, då ersättningsnivån sänktes, minskade antalet sjukdagar med 0,8 per år och antalet sjukfall med 23 %. Effekterna var tydligast för korttidssjukskrivningar.

Johansson och Palme (2005) analyserar reformen från 1991. Studien kombinerar urvalsundersökningar av befolkningen med registerdata, och använder en *difference-in-differences*-modell ihop med en CPH-modell. Resultaten visar att reformen minskade antalet

påbörjade sjukfall med 34–36 procent. Samtidigt ökade andelen sjukskrivningar som varade mer än 90 dagar, vilket tolkas som att individer undvek att återgå i arbete för att inte riskera att påbörja en ny sjukperiod med lägre ersättning.

Eliason m.fl. (2019) undersöker effekten på långtidssjukskrivna efter reformen 1991 då ersättningsnivån i den svenska sjukförsäkringen sänktes för nya kort- och medellånga sjukfall, men förblev på samma nivå för redan pågående långtidssjukskrivningar. För de sjukskrivna innebar ett återvändande till arbete en potentiell kostnad, eftersom en ny sjukperiod skulle ersättas med lägre nivå. Med en CPH-modell visar författarna att sannolikheten att återgå i arbete för långtidssjukskrivna minskade med cirka 10 procent, särskilt bland individer med omfattande tidigare sjukfrånvaro.

Voss m.fl. (2001) studerar effekten av införandet av en karensdag i sjukförsäkringen år 1993, där författarna undersöker effekten på anställda vid Posten. Resultaten visar att antalet påbörjade sjukfall minskade med 25–32 procent. Översatt till effekten av att ta bort karensdagen motsvarar detta en ökning med 33–47⁶ procent. Andelen korttidsfrånvaro minskade medan andelen långtidsfrånvaro ökade, särskilt för män. Andelen individer som inte hade någon rapporterad sjukfrånvaro steg från 28 till 42 procent.

Hartman m.fl. (2013) undersöker effekten av olika nivåer av medicinsk kontroll inom den svenska sjukförsäkringen genom ett fältexperiment med över 270 000 individer i Göteborg och Jämtland. Experimentet randomiserade personer till att antingen behöva visa läkarintyg efter 8 dagar (kontrollgrupp) eller först efter 15 dagar (behandlingsgrupp). Resultaten visar att en mindre strikt kontroll ökade den genomsnittliga sjukfrånvarons längd med 0,64 dagar i Göteborg och 0,59 dagar i Jämtland, men hade ingen statistiskt signifikant effekt på sannolikheten att påbörja en sjukskrivning. Reformen innebar ökade kostnader för sjukpenning som inte uppvägdes av minskade läkarbesök.

SOU 2024:26 utvärderar effekterna av ett antal reformer i sjukförsäkringen under 2021–2022. En av reformerna innebar ett undantag från prövningen vid dag 180 och ledde till en minskning av andelen avslutade sjukfall inom 12 månader med 12,8 %. Andelen sjukfall som avslutades inom 24 månader minskade med 5,5 % och återgången till arbete minskades med 9,4 %. Reformen om äldreregler inom sjukpenningen⁷ minskade sannolikheten att avsluta ett sjukfall inom 12 månader med drygt 6 % och arbetsinkomsterna föll med 9 %. Studien finner inga effekter av lättnaderna i sjukförsäkringen på hälsa. Reformen om äldreregler inom

⁶ $32 / (100 - 32) = 0,47$

⁷ Äldrereglerna inom sjukpenningen innebar att äldre (62–65 år) inte längre behövde prövas om de kunde arbeta med ett annat arbete på hela arbetsmarknaden. I stället bedömdes endast deras arbetsförmåga i relation till det nuvarande arbetet. Syftet var att undvika att äldre i fysiskt tunga yrken tvingades byta arbete nära pensionen.

sjukersättning⁸ ledde till en ökning av nybeviljande med 80 %, motsvarande cirka 2 000 fler personer per år, utan effekt på arbetsinkomst, hälsa eller total inkomst. Flera av reformerna förlängde därmed sjukskrivningstiderna utan att förbättra hälsan eller öka inkomsterna.

Departementspromemorian **DS 2023:33** presenterar en uppskattning av de direkta och beteenderelaterade kostnadseffekterna av ett avskaffande av karensavdraget. Författarna inleder med att beräkna den direkta kostnadsökningen av reformen, baserat på registerdata från SCB över sjuklöner och lönestrukturstatistik, samt uppgifter om särskilt högriskskydd från Försäkringskassan. Med dessa uppgifter uppskattar de att ett sjuklönesystem utan karensavdrag skulle innebära 38 procent högre kostnader för arbetsgivarna, motsvarande 14,4 miljarder kronor år 2025.

Därutöver analyseras de beteenderelaterade effekterna av ett slopat karensavdrag. Med utgångspunkt i tidigare studier, såsom Andrén (2005), Johansson och Palme (2005) samt Voss m.fl. (2001), antas antalet påbörjade sjukfall öka med 20–30 procent. Samtidigt förväntas sannolikheten att avsluta ett sjukfall öka med 20 respektive 30 procent under de två första sjukdagarna, samt vara oförändrad eller öka med 10 procent under dag tre till fyra. Detta skulle sammantaget leda till att sjukfallens längd minskar med 13–19 procent. Genom att använda en CPH-modell beräknas att sannolikheten att avsluta ett sjukfall under den första veckan ökar med 12–20 procent. Trots att fler sjukfall skulle avslutas, skulle det högre antalet påbörjade sjukfall totalt kunna leda till mellan 1,7 och 5,3 miljoner fler dagar med sjuklön. Detta motsvarar en ökning mellan 0,3 och 1 dag per individ och år. Totalt uppskattas därmed de arbetsgivarrelaterade sjuklönekostnaderna öka med 11–25 procent till följd av dessa beteendeeffekter.

Med beaktande av både direkta och beteenderelaterade effekter uppskattas den totala ökningen av arbetsgivarnas kostnader till 47–63 procent, motsvarande 17,9–24,1 miljarder kronor.

Författarna diskuterar även potentiella produktionseffekter. Författarna menar att ett slopat karensavdrag skulle medföra negativa konsekvenser för företagens produktion. Fler frånvarodagar skulle innebära en motsvarande reduktion av arbetsutbudet vilket hade påverkat antalet arbetade timmar samt företagens produktion negativt. Samtidigt lyfter de att ett bibehållet karensavdrag kan bidra till ökad sjuknärvaro, vilket ökar risken för smittspridning på arbetsplatser. Däremot konstaterar författarna att det saknas empiriskt stöd för att karensavdraget faktiskt minskar sjuknärvaro vid smittsamma sjukdomar. Vidare menar författarna att det inte är rimligt att anta att sjukfall längre än sju dagar skulle öka på

⁸ Äldrereglerna inom sjukersättningen innebar att personer med högst fem år kvar till pensionsåldern får sin arbetsförmåga prövad mot arbeten de har haft erfarenhet av under de senaste 15 åren i stället för hela arbetsmarknaden. Syftet var att underlätta beviljade av sjukersättning för äldre med lång yrkeserfarenhet i ofta fysiskt krävande arbeten.

kort sikt, med hänvisning till den existerande kontroll i form av krav på läkarintyg, vilken bedöms vara tillräcklig för att motverka så kallad moralisk risk.⁹

Slutligen analyserar författarna de ekonomiska konsekvenserna för staten vid ett avskaffande av karensavdraget. Författarna pekar på att reformen skulle leda till högre arbetsinkomster för individerna, vilket i sin tur stärka skatteintäkterna samt inkomsten från arbetsgivaravgifter och allmän löneavgift. De beräknar att karensavdraget har inneburit ett inkomstbortfall för staten motsvarande 2,9 miljarder kronor i arbetsgivaravgifter och allmän löneavgift samt 350 miljoner kronor i lägre skatteintäkter under 2021. Vidare framhålls en möjlig indirekt effekt på statens utgifter för tillfällig föräldrapenning vid vård av barn. Eftersom denna ersättning utgår från första frånvarodagen och ofta förstärks genom kollektivavtal, är den generellt sett högre än ersättning vid egen sjukdom. Det finns ett visst positivt samband mellan korttidsfrånvaro vid sjukdom och frånvaro för vård av barn. Om karensavdraget minskar sjukfrånvaron kan detta därmed öka utnyttjandet av föräldrapenning, vilket innebär att en del av kostnaden för korttidsfrånvaro överförs från arbetsgivare till staten. Ett avskaffande av karensavdraget skulle i så fall innebära en överföring av korttidsfrånvarons kostnader från staten till arbetsgivarna.

Sammanfattningsvis pekar tidigare forskning konsekvent på att förändringar i karensregler och ersättningsnivåer i sjukförsäkringen har påtagliga effekter på både antalet påbörjade sjukfall och sjukskrivningarnas längd. Studierna av reformer i Sverige under 1980- och 1990-talen tyder på att höjd ersättning eller avskaffad karensdag generellt ökar antalet korta sjukfall, medan sänkt ersättning eller införande av en karensdag minskar antalet nya sjukfall men kan öka de längre sjukfallen.

Nettoeffekten på det totala antalet sjukdagar är inte entydig i forskningen. Pettersson-Lidblom och Thoursie visar att borttagandet av karensdagen ledde till en ökning av korttidsjukfrånvaron och en minskning av längre sjukskrivningar. I DS 2023:33 bedöms i stället att borttagandet av karensavdraget visserligen skulle leda till en minskad sjukfallslängd, men ett totalt ökat antal sjukdagar. Experimentella studier (Hartman m.fl., 2013) visar att även graden av medicinsk kontroll kan inverka på frånvarons längd, men sällan påverkar benägenheten att inleda en sjukskrivning. Denna studie understryker beteendeeffekten som förekommer när tröskeln för sjukfrånvaro minskar. Slutligen visar resultaten från SOU 2024:26 att reformer som syftar till att mildra prövningen i sjukförsäkringen leder till längre sjukskrivningar utan att förbättra individens hälsa eller ekonomiska situation. Ökade möjligheter att kvarstå i sjukförsäkringen fördröjer återgången

⁹ Moralisk risk kallas *moral hazard* på engelska och innebär inom sjukförsäkringen att arbetstagare sjukskriver sig mer om sjukskrivningen är mindre kostsam för dem, vid oförändrad hälsa. Det finns en omfattande forskningslitteratur som dokumenterar detta beteende på svenska data och internationellt, och några av dessa studier omnämns i denna promemoria. En tidig studie på svenska data är exempelvis Johansson och Palme (2005).

i arbete och minskar arbetsinkomsterna, särskilt bland äldre och grupper med svag förankring på arbetsmarknaden.

En sammanställning av den tidigare litteraturen presenteras i tabell 3.

Tabell 3 – Resultat från tidigare studier

Studie	Reform / Fokus	Resultat (procent)	Kommentar
Petterson-Lidblom & Thoursie (2013)	Avskaffad karensdag, höjd ersättning (1987)	+11 % påbörjade sjukfall (icke-staten vs. staten)	Fler korta (1–7 dagar), färre långa (>8 dagar). Nettoeffekt: –3 % av totala sjukdagar.
Andrén (2005)	(1) Avskaffad karensdag (1987)	+30–40 % 1–2 dagars sjukfall, +13 % sannolikhet att avsluta under första veckan	
	(2) Sänkt ersättning (1991)	+32 % sannolikhet att avsluta under första veckan	
Henrekson och Persson (2004)	(1) Avskaffad karensdag (1987)	+1,1 sjukdagar per person och år	
	(2) Sänkt ersättning (1991)	-0,8 sjukdagar per person och år	
Johansson & Palme (2005)	Sänkt ersättning (1991)	–34–36 % nya sjukfall (motsvarar +52–56 % om ersättningarna återställs)	Andelen sjukfall >90 dagar ökade.
Voss m.fl. (2001)	Införande av karensdag (1993)	–25–32 % nya sjukfall (motsvarar +33–47 % om karensdagen avskaffas)	Studien gjord på anställda vid Posten.
Eliason m.fl. (2019)	Långtidssjukskrivna under reform (1991)	–10 % sannolikhet att återgå i arbete (långtidssjukskrivna)	Lägre ersättning för nya kort-/medellånga sjukfall skapade incitament att stanna kvar i pågående sjukskrivning.
Ziebarth & Karlsson (2014)	Höjd ersättning (Tyskland, 1999)	+10–20 % sjukfrånvaro	Motsvarar cirka +1–2 dagar per anställd och år. Inga positiva hälsoeffekter.
DS 2023:33	Avskaffande av karensavdrag (prognos)	+38 % direkta kostnader, +11–25 % beteenderelaterade; total +47–63 %	14,4 mdkr direkta kostnader och upp till 24,1 mdkr totalt. Förväntad ökning av korttidssjukfall men kortare varaktighet.
Hartman m.fl. (2013)	Mindre strikt läkarintygskrav (dag 15 i stället för dag 8)	+0,59–0,64 dagar längre sjukskrivning, ingen effekt på att inleda sjukfall	Fällexperiment med över 270 000 individer, ingen signifikant skillnad i benägenhet att börja en sjukskrivning.
SOU 2024:26	Mildrad prövning vid dag 180, äldre regler, sjukersättning	–5,5 % till –12,8 % avslutade sjukfall; +80 % fler nybeviljande för 62–64 år.	Förlängd frånvaro utan effekt på hälsa eller total inkomst. Minskad återgång i arbete.

4. Konsekvenserna av ett slopat karensavdrag för företagen

Ett avskaffande av karensavdraget skulle medföra betydande kostnader för svenska företag. I detta avsnitt presenterar vi beräkningar som tar hänsyn till direkta kostnadsökningar, beteendeeffekter och produktionsbortfall.

Enligt departementspromemorian DS 2023:33 skulle reformen innebära en direkt kostnadsökning på 14,4 miljarder kronor för arbetsgivarna år 2025. Utöver dessa direkta kostnader tillkommer effekter av förändrat beteende. Tidigare studier av svenska reformer under 1980- och 1990-talen visar att höjd ersättningsnivå eller avskaffad karensdag generellt leder till ökad korttidssjukfrånvaro, samtidigt som längre sjukfall tenderar att minska. Med utgångspunkt i antaganden från dessa studier uppskattar departementspromemorian att den totala kostnaden, inklusive både direkta och beteenderelaterade effekter, uppgår till 24,1 miljarder kronor år 2025.

En aspekt som uppmärksammas, men inte kvantifieras, i DS 2023:33 är de negativa effekterna på företagets produktion till följd av ökad sjukfrånvaro. För att uppskatta storleken på denna produktionsförlust beräknar vi det totala bortfallet i förädlingsvärde för svenska företag vid avskaffandet av karensavdraget. Enligt data från bolagens årsredovisningar¹⁰ uppgick företagets samlade förädlingsvärde till cirka 3 500 miljarder kronor år 2023. Givet att antalet arbetsdagar per individ under samma år var 224 dagar¹¹, exklusive helgdagar som inföll på vardagar, motsvarar detta ett genomsnittligt förädlingsvärde om cirka 15,6 miljarder kronor per arbetsdag för hela riket.

Om ett avskaffande av karensavdraget skulle leda till en ökning av sjukfrånvaron med 0,3 till 1 dag per anställd och år (Henrekson och Persson, 2004; DS 2023:33), så innebär detta en årlig förlust i förädlingsvärde motsvarande 4,7 till 15,6 miljarder kronor. Tillsammans med kostnaden på 17,9–24,1 miljarder kronor som beräknats i DS 2023:33, motsvarar detta en kostnad på 22,6–39,7 miljarder kronor. Eftersom dagens arbetsmarknad är komplex och de flesta jobbar i arbetslag och projektgrupper är detta troligtvis en underskattning. Att en person inte kommer till jobbet kan med andra ord påverka även andras arbete negativt, i den mån deras arbete är beroende på den sjukskrivna individens insats.

Vad som inte inräknas i detta belopp är de tillväxtförluster som uppkommer med en ökning av sjuklönekostnaderna. Enligt Svenskt Näringsliv (2025) uppgår 26 procent av företagen, en ökning med 0,6 procentenheter jämfört med föregående år, att sjuklönekostnaderna är ett påtagligt tillväxthinder. Problemet är särskilt utbrett bland mikro- och småföretag, där 27,3 respektive 27,2 procent uppgår detta som ett betydande hinder. Mot bakgrund av

¹⁰ Vi använder Serrano-databasen som innehåller information från årsredovisningar för framför allt aktiebolag. Databasen bygger på uppgifter från Bolagsverket och innehåller information om företagets ålder, antal anställda, omsättning, soliditet, med mera.

¹¹ Beräknat genom: antal arbetsdagar för heltid år 2023 minus antal semesterdagar (249 – 25 = 224).

kostnadsökningen som avskaffandet av karensavdraget skulle innebära, kommer dessa tillväxthinder förstärkas ytterligare. Här är det viktigt att notera att det saknas belägg för att arbetstagarnas hälsa skulle förbättras av ökade incitament för sjukskrivning (se SOU 2024:26), vilket innebär att de långsiktiga dynamiska nettoeffekterna på ekonomin förväntas vara negativa. På längre sikt fördjupas därmed produktionsförlusterna ytterligare, vilket innebär försämrade möjligheter till att investera, expandera och anställa. Vi har inte heller beräknat kostnaden av minskad produktion bland offentliga arbetsgivare. Den långsiktiga kostnaden av ett avskaffat karensavdrag är därmed troligen högre än de 22,6–39,7 miljarder kronor som uppskattats i denna promemoria.

Sammanfattningsvis visar beräkningarna i DS 2023:33 och våra beräkningar att ett avskaffande av karensavdraget skulle medföra en direkt ökning av sjuklönekostnaderna med 14,4 miljarder kronor år 2025. När hänsyn tas till förväntade beteendeförändringar stiger kostnaderna till 17,9–24,1 miljarder kronor. Inkluderas även företagens produktionsförlust som följer av ökad sjukfrånvaro, uppskattas den totala kostnaden för arbetsgivarna till mellan 22,6–39,7 miljarder kronor år 2025.

Referenser

- Andrén, D. (2005). 'Never on a Sunday': Economic incentives and short-term sick leave in Sweden. *Applied Economics*, 37(3), 327–338.
- Eliason, M., Johansson, P., & Nilsson, M. (2019). Forward-looking moral hazard in social insurance. *Labour Economics*, 60, 84–98.
- Feelgood. (2024). Jobbhälsorapport 2024: Ungas dolda sjukfrånvaro – Hälsa, attityd eller arbetsmiljö? Feelgood Företagshälsovård AB.
- Hartman, L., Hesselius, P., & Johansson, P. (2013). Effects of eligibility screening in the sickness insurance: Evidence from a field experiment. *Labour Economics*, 20, 48–56.
- Henrekson, M., & Persson, M. (2004). The effects on sick leave of changes in the sickness insurance system. *Journal of Labor Economics*, 22(1), 87–113.
- Johansson, P., & Palme, M. (2005). Moral hazard and sickness insurance. *Journal of Public Economics*, 89(9–10), 1879–1890.
- Pettersson-Lidbom, P., & Skogman Thoursie, P. (2013). Temporary disability insurance and labor supply: Evidence from a natural experiment. *The Scandinavian Journal of Economics*, 115(2), 485–507.
- Ds 2023:33. Karenstak och högriskskydd – en översyn av karensavdraget och förslag på utökade undantag. Socialdepartementet, Regeringskansliet.
- SOU 2024:26. En utvärdering av förändringar i sjukförsäkringens regelverk under 2021 och 2022. Socialdepartementet, Regeringskansliet.
- Skandia. (2024). Hur är läget, Sverige? En rapport om hälsa, sjukskrivningar och vikten av förebyggande insatser. Stockholm: Skandia.
- Svenskt Näringsliv. (2025). Företagens regionala utveckling 2025. Svenskt Näringsliv.
- Voss, M., Floderus, B., & Diderichsen, F. (2001). Changes in sickness absenteeism following the introduction of a qualifying day for sickness benefit – findings from Sweden Post. *Scandinavian Journal of Public Health*, 29(3), 166–174.