



BILAGOR TILL RAPPORT 2026:1

Åtgärder för att förbättra pristransparensen inom djursjukvården

Innehåll

1	Bilaga 1. Figurer, tabeller och kartor till kapitel 1 och 4	3
1.1	Tabeller och kartor tillhörande kapitel 1.....	3
1.2	Figurer tillhörande kapitel 4.....	11
2	Bilaga 2. Konkurrensverkets åläggande till djurkliniker och djursjukhus	34
2.1	Urval av mottagare	34
2.2	Åläggandets innehåll.....	36
2.3	Lärdomar från åläggandesvaren om datamognaden i branschen	36
3	Bilaga 3. Modeller för analys av pristransparensens påverkan på prisutvecklingen inom icke-profylaktisk vård.....	38
3.1	Estimeringar av modell 1 och 2 med undergrupper	45
3.2	Estimeringar av modell 1 och 2 med huvudgrupper.....	53
4	Bilaga 4. Kategorisering av kostnadsposter	58
4.1	Introduktion.....	58
4.2	Metod	58
4.3	Granskning av den veterinärmedicinska experten	63
4.4	Slutsats om felmarginal för de kategoriserade kostnadsposterna	64
5	Bilaga 5. Extern konsultation om förslag till att förbättra pristransparensen inom djursjukvården – remissinstansernas uppfattningar.....	65
5.1	Bakgrund till den externa konsultationen	65
5.2	Tabell över respondenternas svar på de fem övergripande frågorna	68
5.3	Sammanställning av fritextsvar från remissinstanserna.....	71
6	Bilaga 6. Sammanställning och analys av fritextsvar från Konkurrensverkets enkät riktad till djurägare	86
6.1	Bakgrund till studien	86
6.2	Djurägarnas egna uppfattningar och erfarenheter	86

1 Bilaga 1. Figurer, tabeller och kartor till kapitel 1 och 4

I denna bilaga finns figurer, tabeller och kartor som vi hänvisar till i rapporten *Åtgärder för att förbättra pristransparensen inom djursjukvården* (rapport 2026:1) i kapitel 1 och kapitel 4.

1.1 Tabeller och kartor tillhörande kapitel 1

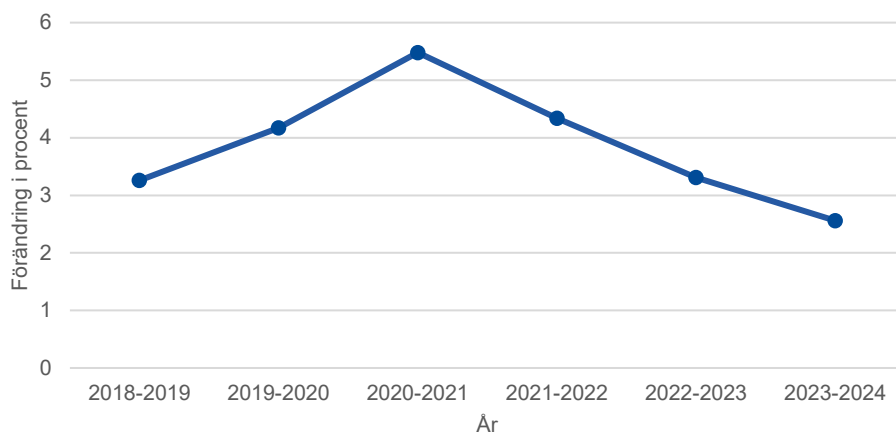
I detta avsnitt visar vi tabeller avseende utvecklingen av antalet hundar, kliniktäthet och hundtäthet i olika delar av landet, samt tre kartor över antalet kliniker i Sverige. Den första kartan visar kliniker som i någon mån tar emot kanin utöver hund och katt. Den andra kartan visar kliniker som i någon mån tar emot exotiska djur (exempelvis smågnagare, fåglar och reptiler) utöver sällskapsdjur (hund, katt och kanin). Den tredje kartan visar privata kliniker och djursjukhus som har jour eller öppet dygnet runt (det vill säga en karta motsvarande den i figur 4 i rapporten, men exklusive statliga Distriktsveterinärerna).

1.1.1 Utvecklingen av antalet hundar

Marknadens stora tillväxt under perioden 2022 till 2023 kan jämföras med en "pandemi-effekt" för antalet nyregistrerade hundar som observerades cirka 1–2 år tidigare, då det tillkom många nya djurägare som en följd av ökat arbete från hemmet.

I figur 1 visas den procentuella förändringen av antalet hundar i Sverige mellan 2018 och 2024. Mellan 2018 och 2024 ökade antalet hundar i Sverige med 25 procent. Ökningen var än mer tydlig under pandemin, då antalet hundar ökade med 14,6 procent mellan 2019 och 2022.

Figur 1 Procentuella förändringen av antalet hundar i Sverige 2018–2024



Källa: Jordbruksverket, 2025.

1.1.2 Klinik- och hundtäthet på länsnivå

Tabell 1 visar antalet invånare och hundar samt antalet hundar i respektive län per 1 000 invånare. I tabell 2 visas antalet kliniker per 100 000 invånare och per 10 000 hundar i respektive län.

Tabell 1 Antal invånare och hundar samt antalet hundar per 1 000 invånare i Sveriges län 2024

Län	Antal invånare	Antal hundar	Hundar per 1 000 invånare
Blekinge	157 047	23 055	147
Dalarna	286 514	42 947	150
Gotland	60 930	9 050	149
Gävleborg	284 456	39 377	138
Halland	346 034	42 246	122
Jämtland	132 652	27 985	211
Jönköping	369 794	42 126	114
Kalmar	245 968	35 198	143
Kronoberg	202 886	27 099	134
Norrbottn	248 461	45 904	185
Skåne	1 430 835	171 976	120
Stockholm	2 482 452	169 263	68
Södermanland	301 656	37 538	124
Uppsala	407 660	42 262	104
Värmland	282 810	39 284	139
Västerbotten	278 775	41 088	147
Västernorrland	241 613	35 958	149
Västmanland	281 190	30 747	109
Västra Götaland	1 775 250	166 465	94
Örebro	308 077	35 056	114
Östergötland	471 576	46 618	99

Källa: Statistiska Centralbyrån och Jordbruksverket (2025).

Tabell 2 Antal invånare och hundar samt antalet hundar per 1 000 invånare i Sveriges län 2024

Län	Antal kliniker	Kliniker per 100 000 invånare	Kliniker per 10 000 hundar
Blekinge	8	5	4
Dalarna	20	7	5
Gotland	6	10	7
Gävleborg	18	6	5
Halland	30	9	7
Jämtland	18	14	6
Jönköping	20	5	5
Kalmar	21	9	6
Kronoberg	16	8	6
Norrbottn	26	10	6
Skåne	101	7	6
Stockholm	101	4	6
Södermanland	29	10	8
Uppsala	38	9	9
Värmland	23	8	6
Västerbotten	18	6	4
Västernorrland	15	6	4
Västmanland	11	4	4
Västra Götaland	103	6	6
Örebro	23	7	7
Östergötland	31	7	7

Källa: Egen sammanställning och Jordbruksverket (2025).

I norra Sverige (Jämtland och Norrbotten) är antalet kliniker i förhållande till invånarantalet som störst. De län där det finns lägst antal kliniker i relation till befolkning är Västmanland, Stockholm och Blekinge.

Tabell 3 visar på antalet invånare och hundar samt hundtätheten inom respektive kommungrupp.¹ Tabell 4 visar på kliniktätheten sett till antalet invånare och hundar i respektive kommungrupp.

¹ Kommungrupper utifrån Sveriges Kommuner och Regioners indelning, se <https://skr.se/kommunerochregioner/kommungruppsindelning.8281.html>.

Tabell 3 Hundtäthet i respektive kommungrupp

Kommungrupp	Antal kommuner	Antal invånare	Antal hundar	Hundar per 1 000 invånare
Landsbygdskommun	35	427 259	80 825	189
Landsbygdskommun med besöksnäring	21	225 935	45 868	203
Lågpendlingskommun nära större stad	24	501 424	78 298	156
Mindre stad/tätort	27	1 147 601	154 219	134
Pendlingskommun nära mindre tätort	51	551 601	92 605	168
Pendlingskommun nära storstad	43	2 031 540	178 047	88
Pendlingskommun nära större stad	63	1 047 029	170 389	163
Storstäder	3	1 974 426	107 025	54
Större stad	23	2 689 821	243 966	91

Källa: Egen sammanställning, Statistiska Centralbyrån och Jordbruksverket (2025).

Tabell 4 Kliniktäthet sett till antal invånare och antal hundar i respektive kommungrupp

Kommungrupp	Antal kommuner	Antal kliniker	Kliniker per 100 000 invånare	Kliniker per 10 000 hundar
Landsbygdskommun	35	42	9,8	5,2
Landsbygdskommun med besöksnäring	21	22	9,7	4,8
Lågpendlingskommun nära större stad	24	39	7,8	5
Mindre stad/tätort	27	94	8,2	6,1
Pendlingskommun nära mindre tätort	51	45	8,2	4,9
Pendlingskommun nära storstad	43	115	5,7	6,5
Pendlingskommun nära större stad	63	103	9,8	6
Storstäder	3	59	3	5,5
Större stad	23	157	5,8	6,4

Källa: Egen sammanställning, Sveriges kommuner och regioner, Statistiska Centralbyrån och Jordbruksverket (2025).

Primärt är de tre kommuner som har högst hundtäthet Sorsele, Dorotea och Härjedalen. De tre kommunerna med lägst hundtäthet är Järfälla, Sundbyberg och Solna. De tre kommuner som har högst antal kliniker per 100 000 invånare är Munkedal, Ragunda och Åsele. Vidare är de tre kommunerna med högst antal kliniker per 10 000 hundar Knivsta, Munkedal och Strömstad. I 62 kommuner finns det ingen djurklinik, de största sett till invånarantal inkluderar Simrishamn, Salem och

Leksand. Runt 527 000 människor bor i dessa 62 kommuner, det vill säga cirka 5 procent av Sveriges befolkning.

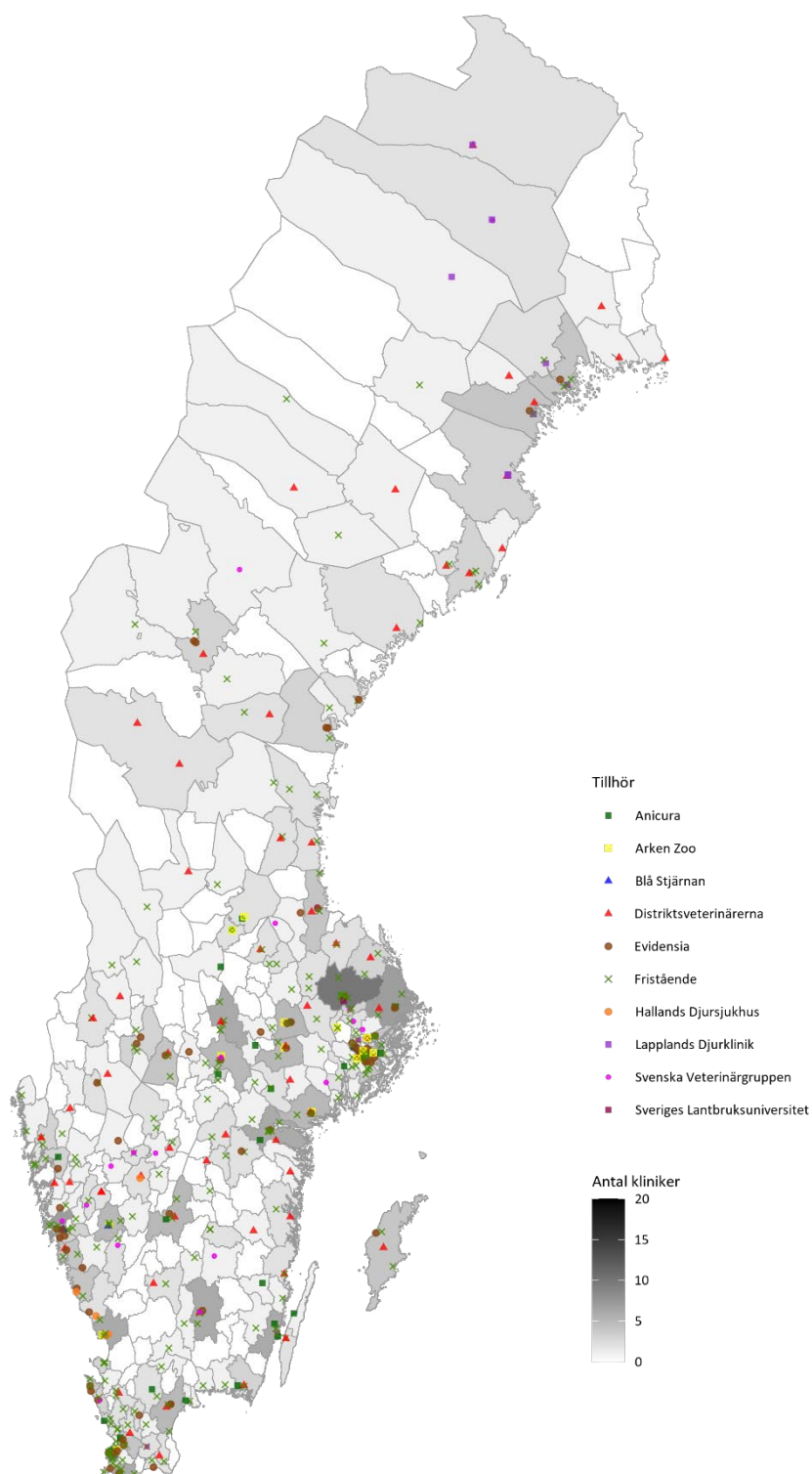
Det följande avser antalet *registrerade* hundar och katter, och det finns djur utöver dessa som inte är registrerade trots krav på det. Stockholm är den kommun med flest antal registrerade hundar och katter år 2024. Totalt fanns då 79 671 registrerade hundar och katter i Stockholm, varav 54 034 hundar och 25 637 katter. Det utgjorde ungefär 5 procent av samtliga registrerade hundar och katter i landet det året.

Göteborg och Malmö är kommunerna med näst och tredje flest antal hundar och katter. I Göteborg finns 48 690 registrerade hundar och katter medan det i Malmö finns 32 948 stycken. Sett till antalet djur per 1 000 invånare i kommunerna blir resultaten däremot annorlunda. Sjöbo är den kommunen med flest antal registrerade hundar och katter per 1 000 invånare år 2024 med 382, följt av Åsele med 376 och Sorsele med 373 hundar och katter per 1 000 invånare.

1.1.3 Kartor över antalet kliniker i Sverige

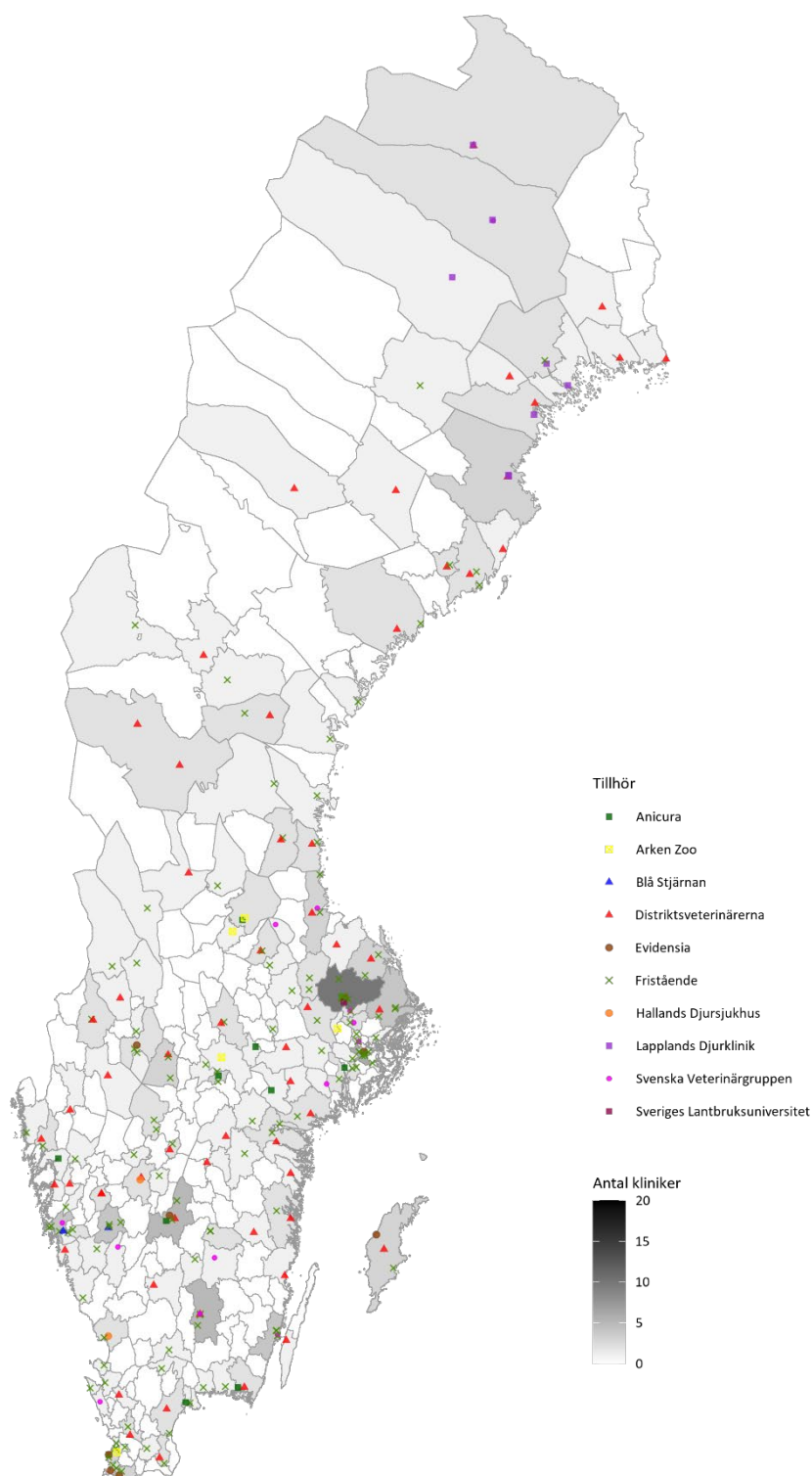
Nedan visas en karta med kliniker som också tar emot kanin utöver hund och katt, en karta med kliniker som även tar emot exotiska djur, och sist en karta med privata kliniker och djursjukhus som har jour eller öppet dygnet runt.

Figur 2 Veterinärkliniker som tar emot hund, katt och kanin (antal: 428)



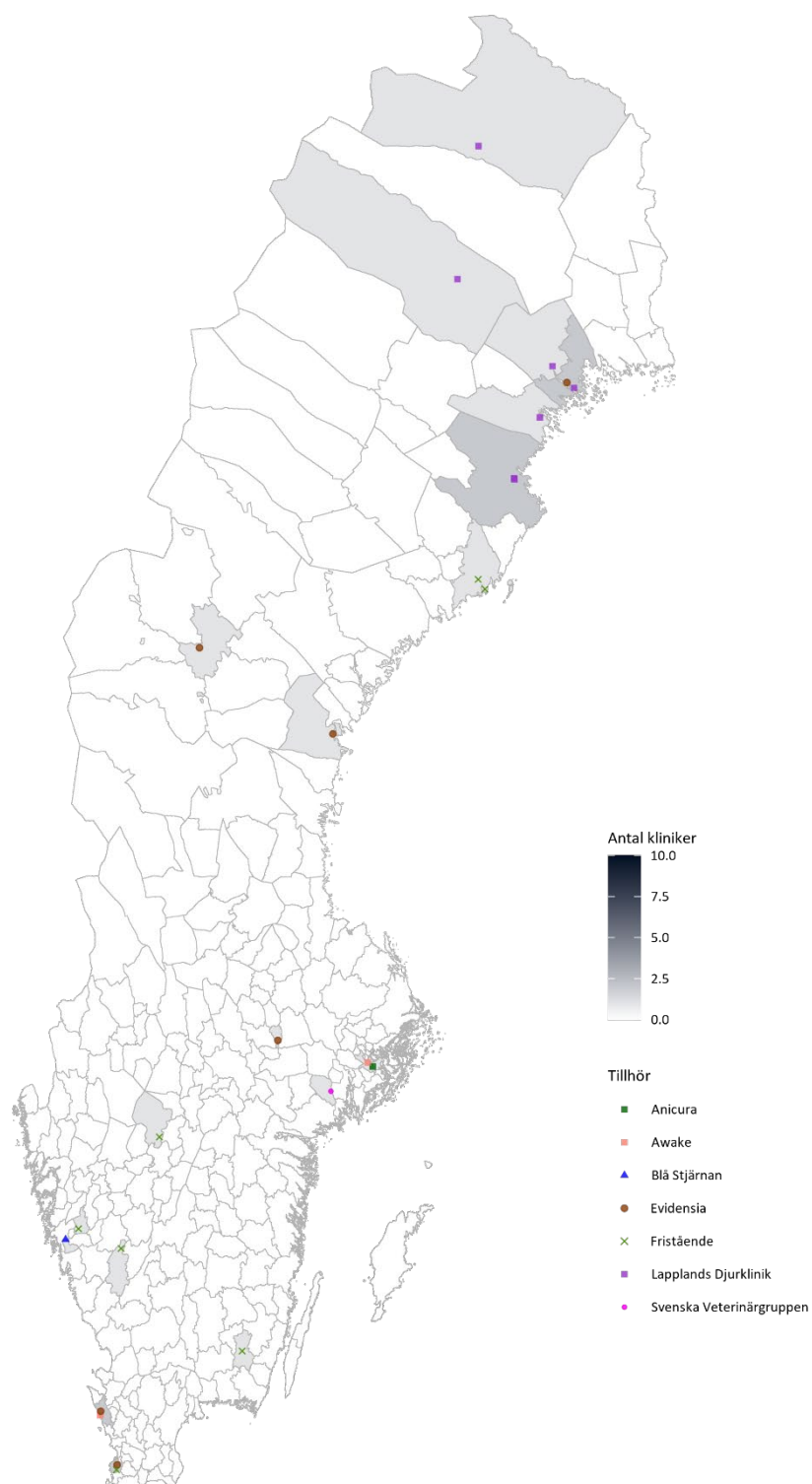
Källa: Egen datainsamling och visualisering baserat på data från Infotorg, klinikernas hemsidor och Vetpris AB.

Figur 3 Veterinärkliniker som tar emot sällskapsdjur och exotiska djur (antal: 234)



Källa: Egen datainsamling och visualisering baserat på data från Infotorg, klinikernas hemsidor och Vetpris AB.

Figur 4 Privata kliniker och djursjukhus som har jour eller öppet dygnet runt (antal: 25)



Källa: Egen datainsamling och visualisering baserat på data från Infotorg, klinikernas hemsidor och Vetpris AB.

1.2 Figurer tillhörande kapitel 4

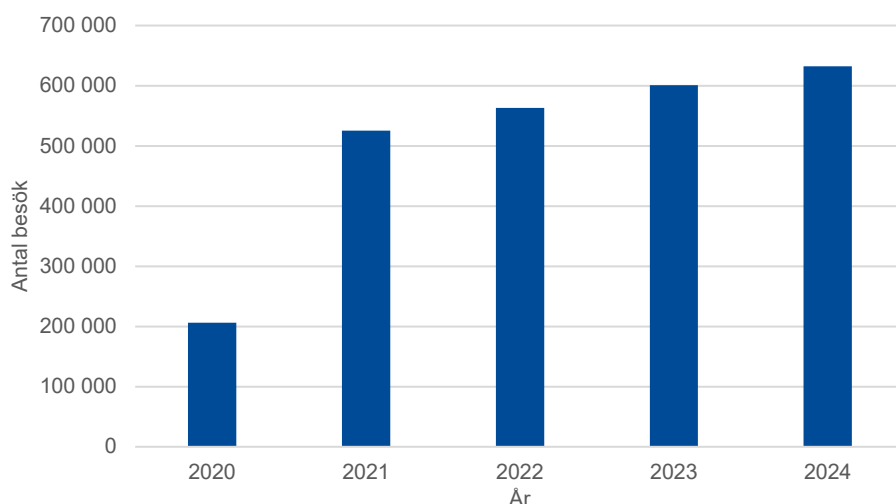
I detta avsnitt redovisar vi figurer tillhörande kapitel 4. Nästan samtliga figurer avser prisutvecklingen som beskrivs i avsnitt 4.1, exklusive två figurer som beskriver antalet patientbesök per år hos klinikerna i åläggandeurvalet och förändringarna i detta från år till år.

Figurerna presenteras i samma ordning som de hänvisas till i kapitel 4. Först presenteras figurer som visar utvecklingen av antalet patientbesök hos klinikerna i urvalet. Sedan beskrivs prisutvecklingen i nivå för profylaktiska åtgärder och hur detta skiljer sig åt mellan kliniker av olika storlekar och kliniker i olika delar av landet (tillhörande avsnitt 4.1.2). Sist presenteras ett antal figurer tillhörande avsnittet om prisutvecklingen för icke-profylaktisk vård (avsnitt 4.1.3). Det inkluderar en beskrivning av prisutvecklingen differentierat på kostnadsposter av olika storlekar. Vidare visas skillnaden i prisutvecklingen för ett antal huvudgrupper av kostnadsposter differentierat på kliniktyp och koncerntillhörighet, samt för ett antal undergrupper differentierat på koncerntillhörighet.

1.2.1 Figurer avseende utvecklingen av antalet patientbesök hos klinikerna i åläggandeurvalet

För att få en uppfattning om hur stor mängd patientbesök som klinikerna som besvarat åläggandet omfattar, presenteras i figur 5 nedan antalet besök hos dessa. Detta baseras dock endast på uppgifter från en delmängd av klinikerna som skickade in prisuppgifter till Konkurrentverket.

Figur 5 **Antalet besök hos klinikerna i urvalet***

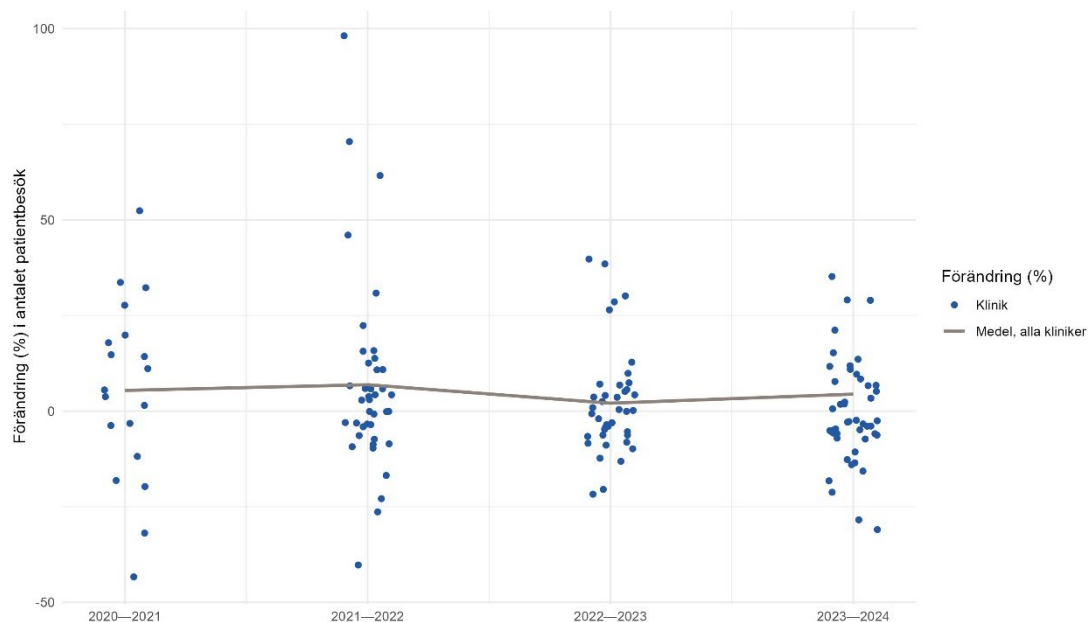


Källa: Konkurrentverkets egen beräkning utifrån åläggandedata.

Not*: 54 kliniker har redovisat data över antalet patientbesök för 2024 (17 kliniker för 2020, 42 kliniker för 2021, 45 kliniker för 2022, 52 kliniker för 2023).

I figur 6 visas hur antalet patientbesök har förändrats från år till år hos respektive klinik, och i genomsnitt.

Figur 6 Förändring i antalet patientbesök från år till år hos klinikerna



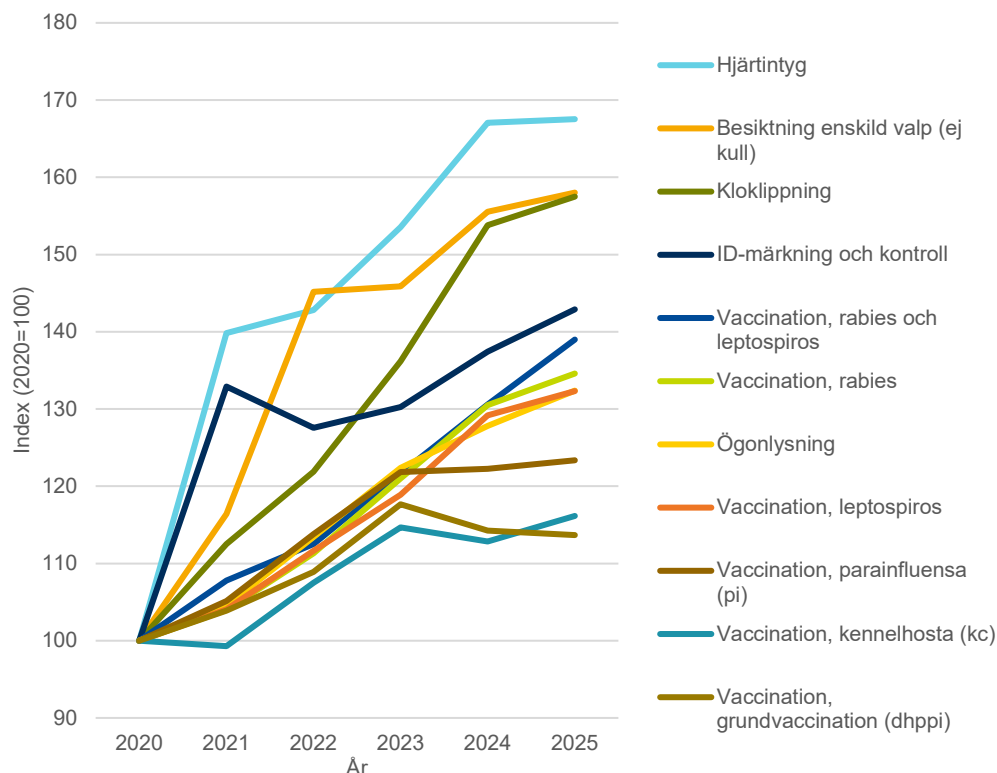
Källa: Konkurrensverkets egen beräkning utifrån åläggandedata.

Vi observerar en stor spridning, där vissa kliniker har haft relativt stora ökningar och vissa kliniker har haft relativt stora minskningar i antalet patientbesök från ett år till ett annat. Samtidigt är medelförändringen positiv varje år, där ökningstakten i genomsnitt har varit kring 2–7 procent från år till år hos klinikerna i vårt urval.

1.2.2 Prisutvecklingen för profylaktisk vård

Profylaktiska åtgärder för hundar är fler och dyrare. Priset för hjärtintyg har ökat mest procentuellt sett bland ett urval av profylaktiska åtgärder, följt av medelpriset för kloklippning och besiktning av valp. Priserna för grundvaccination har ökat med mellan 14 och 24 procent över tidsperioden bland aktörerna i vårt urval. Priserna för vaccin vanliga vid utlandsresa har i genomsnitt ökat med mellan 32 och 40 procent, se figur 7.

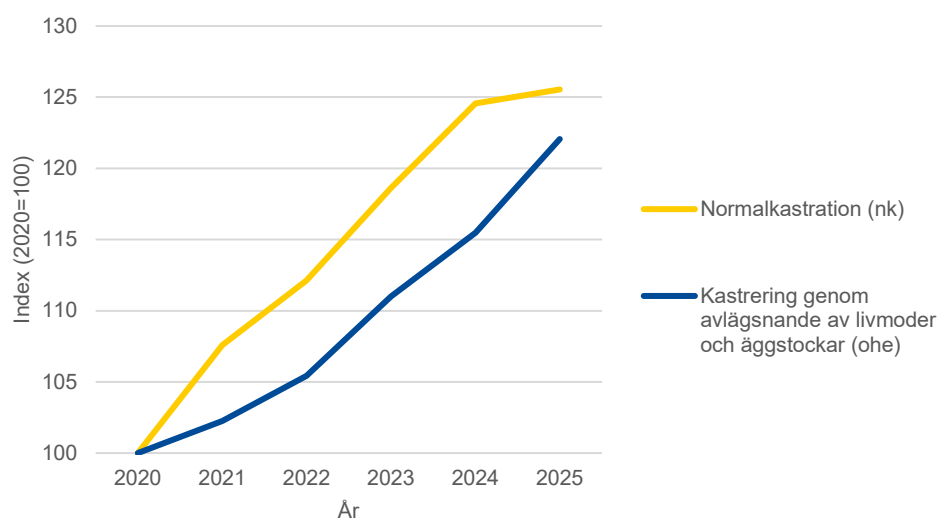
Figur 7 Index för årliga medelprisets utveckling för förebyggande åtgärder för hund (2020=100)



Källa: Åläggandedata.

Priserna för kastrering av både tikar och övrig normalkastration har i genomsnitt ökat med över 20 procent mellan 2020 och maj 2025 bland aktörerna i vårt urval, se figur 8.

Figur 8 Index för årliga medelprisets utveckling för kastrering av hund (2020=100)

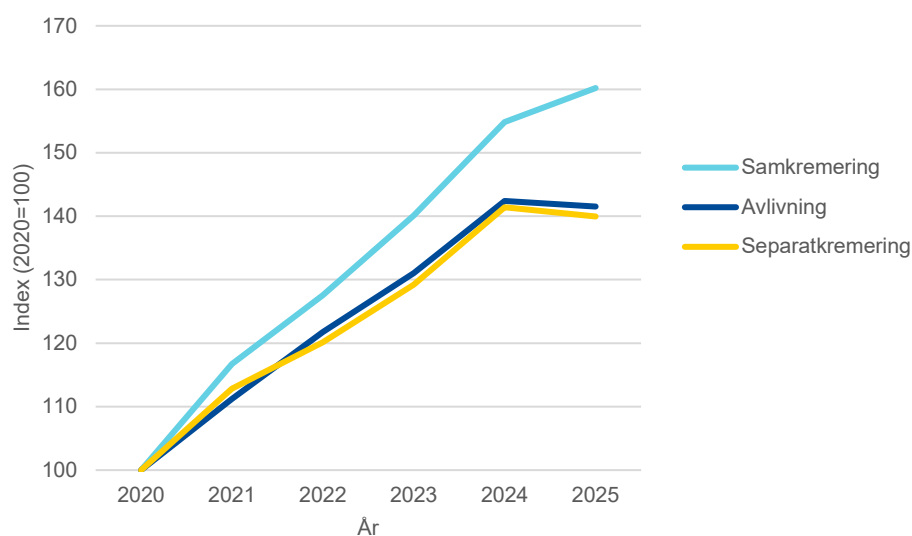


Källa: Åläggandedata.

Dessa åtgärder för hund är vanliga, vilket innebär att många hundägare möter priset för dem, och prisökningen för åtgärderna sammantaget har i genomsnitt varit 37 procent (med en variation mellan 14 och 69 procent) för de aktuella åtgärderna, aktörerna och åren.

Priset för kremering av hund har i genomsnitt sett till aktörernas medelprissättning de aktuella åren ökat med 47 procent, se figur 9.

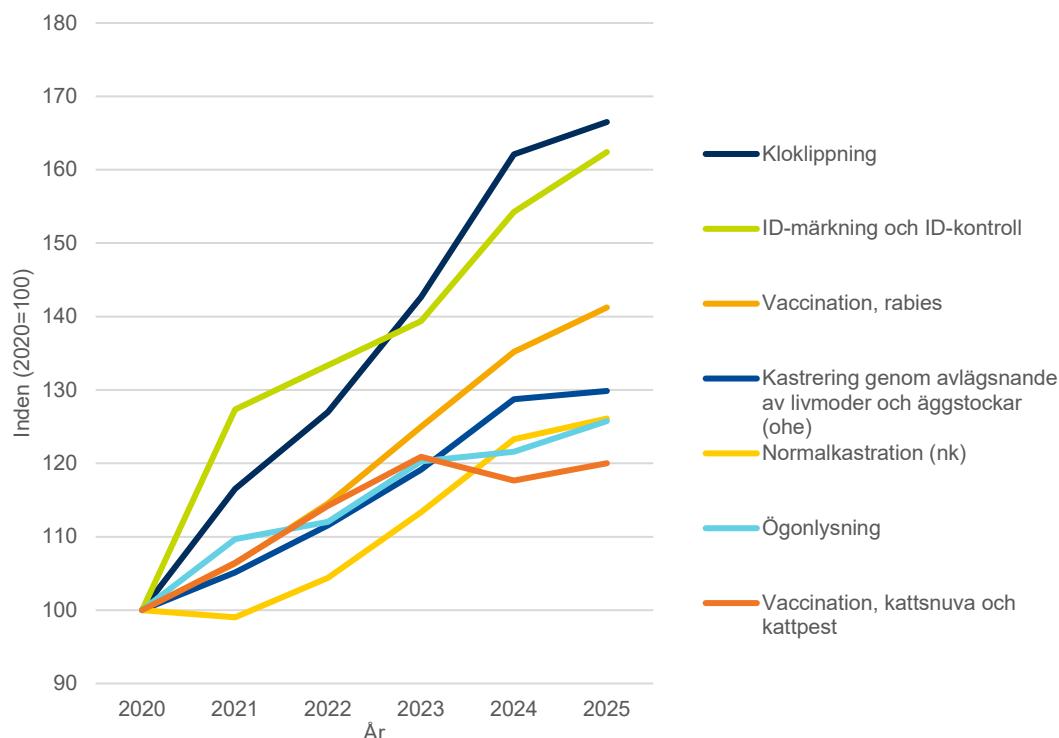
Figur 9 Index för årliga medelprisets utveckling för avlivning och kremering av hundar (2020=100)



Källa: Äläggandedata.

Medelprisökningen är lika hög för åtgärder riktade till katter som vi visat att den varit för hundar. Priset har procentuellt sett ökat mest för den i genomsnitt billigaste åtgärden klippning följt av ID-märkning och kontroll som ökat näst mest. Priserna för grundvaccin i Sverige har ökat med 21 procent över tidsperioden bland aktörerna i vårt urval. Priset för vaccin som är vanligt vid utlandsresa har ökat med 43 procent. För den dyraste förebyggande åtgärden kastrering av honkatter har medelpriset, i antal kronor, ökat mest från 2020 till maj 2025 bland aktörerna i vårt urval, med cirka 25–30 procent, se figur 10.

Figur 10 Index för årliga medelprisets utveckling för förebyggande åtgärder för katter (2020=100)

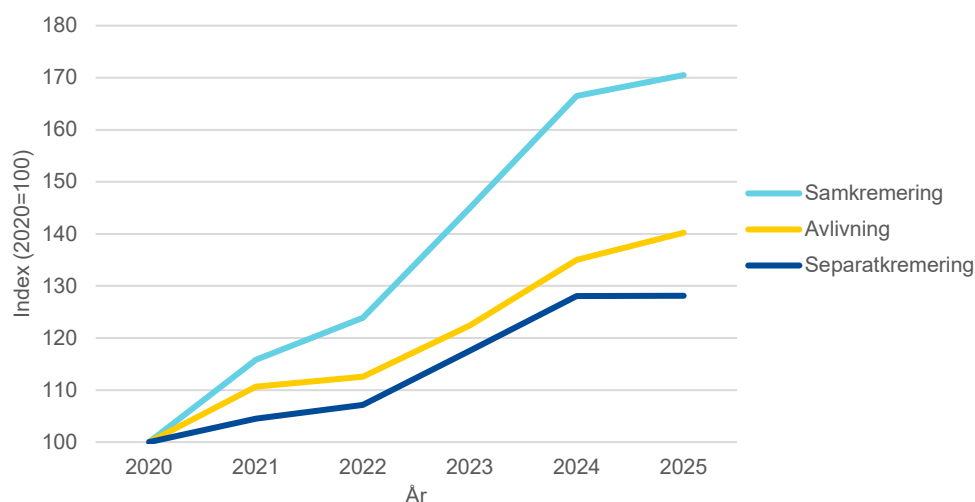


Källa: Äläggandedata.

Prisökningen för åtgärderna sammantaget har i genomsnitt varit 41 procent (med en variation mellan 21 och 69 procent) för de aktuella aktörerna och åren.

Priset för kremering av katt har, sett till aktörernas medelprissättning de aktuella åren, ökat med 31 procent för separatkremering och 74 procent för samkremering. Avlivning har ökat med 44 procent, se figur 11.

Figur 11 Index för årliga medelprisets utveckling för avlivning och kremering av katter (2020=100)

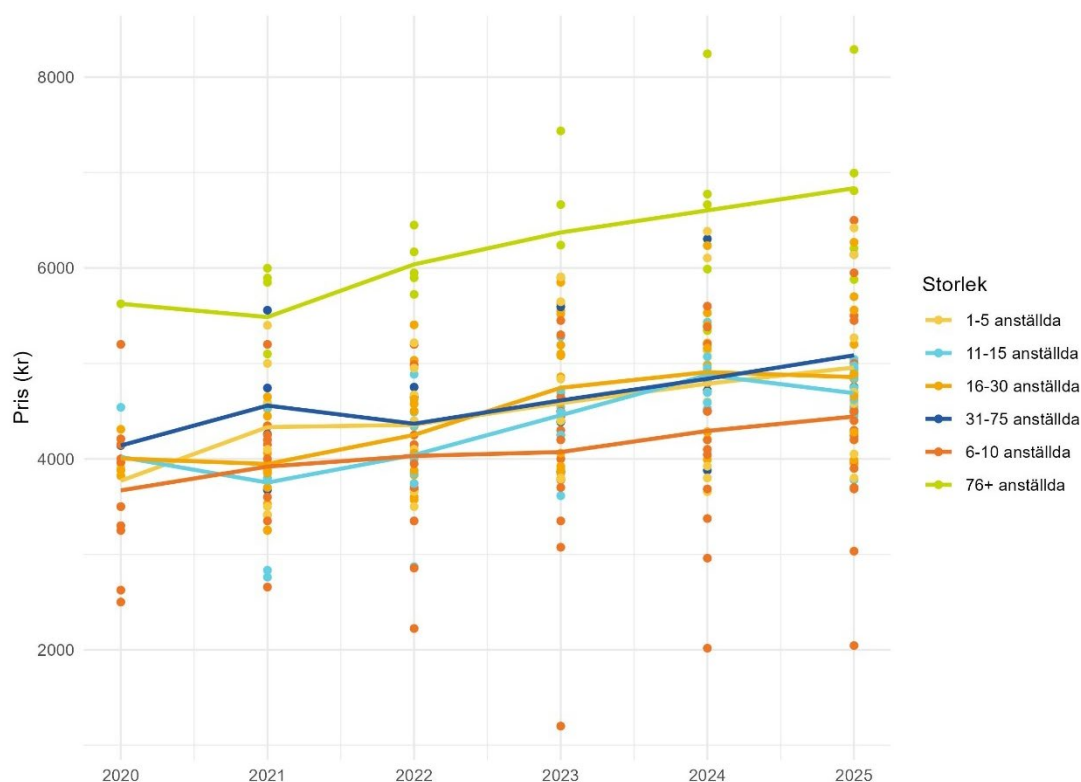


Källa: Äläggandedata.

För vissa profylaktiska åtgärder har de allra största klinikerna, definierat som kliniker med över 76 anställda, en betydligt högre prisnivå än övriga kliniker. Exempel på sådana åtgärder är normalkastration (nk) av hund och katt, ovariehysterektomi (ohe) av tik, och kloklippning av hund och katt. Även för vissa vaccinationer har kliniker med över 76 anställda en prisnivå som avviker från övriga.

I figur 12–16 nedan framgår priser för normalkastration (nk) av hund, normalkastrations (nk) av katt, ovariehysterektomi (ohe) av tik, och kloklippning av hund och katt.

Figur 12 Pris för normalkastration av hundar, redovisat för klinikens storlek



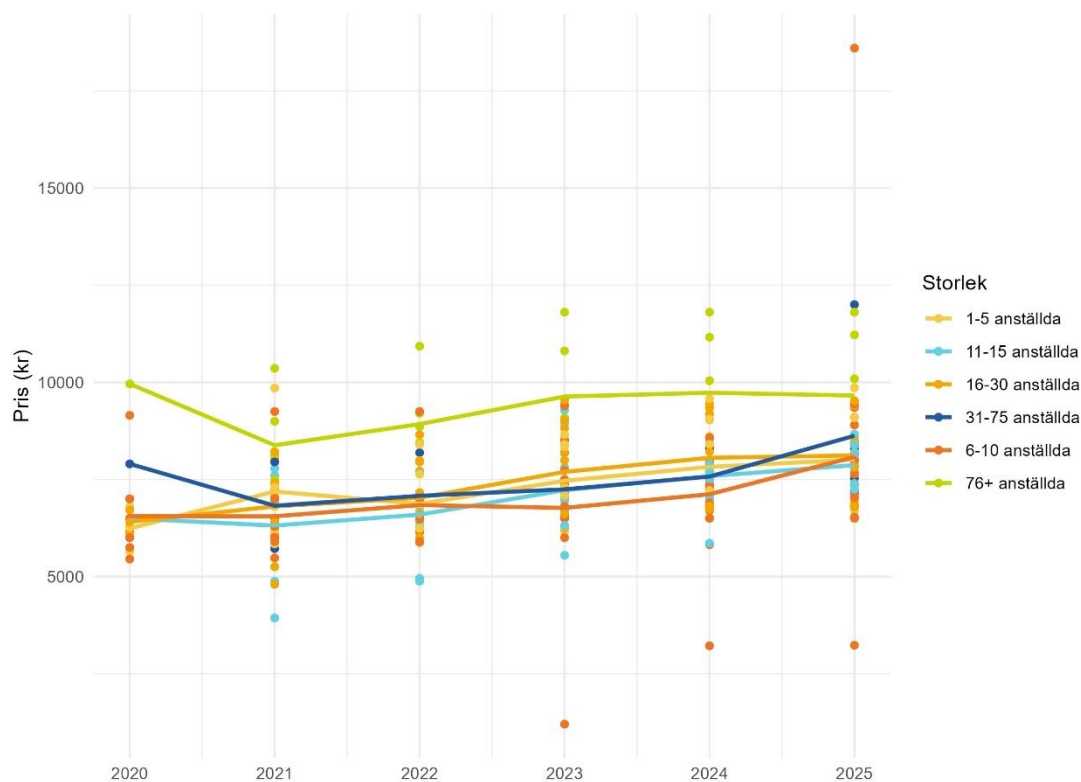
Källa: Åläggandedata.

Figur 13 Pris för normalkastrering av katter, redovisat för klinikens storlek



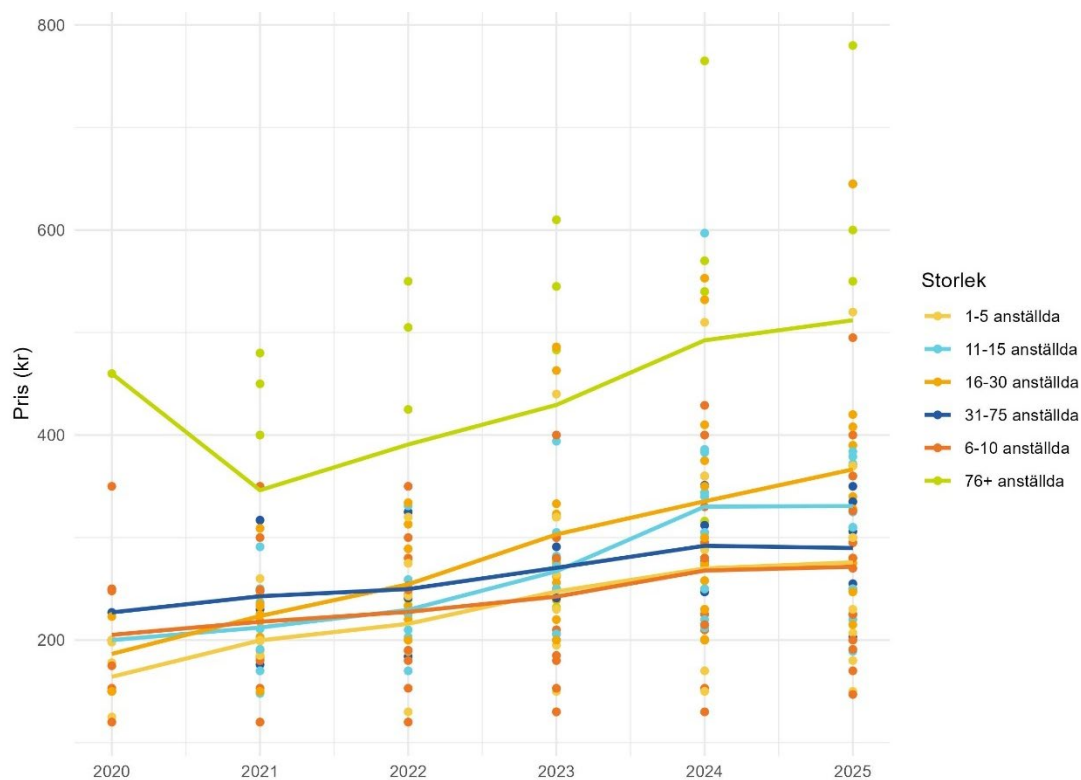
Källa: Åläggandedata.

Figur 14 Pris för ovariehisterektomi av tikar, redovisat för klinikens storlek



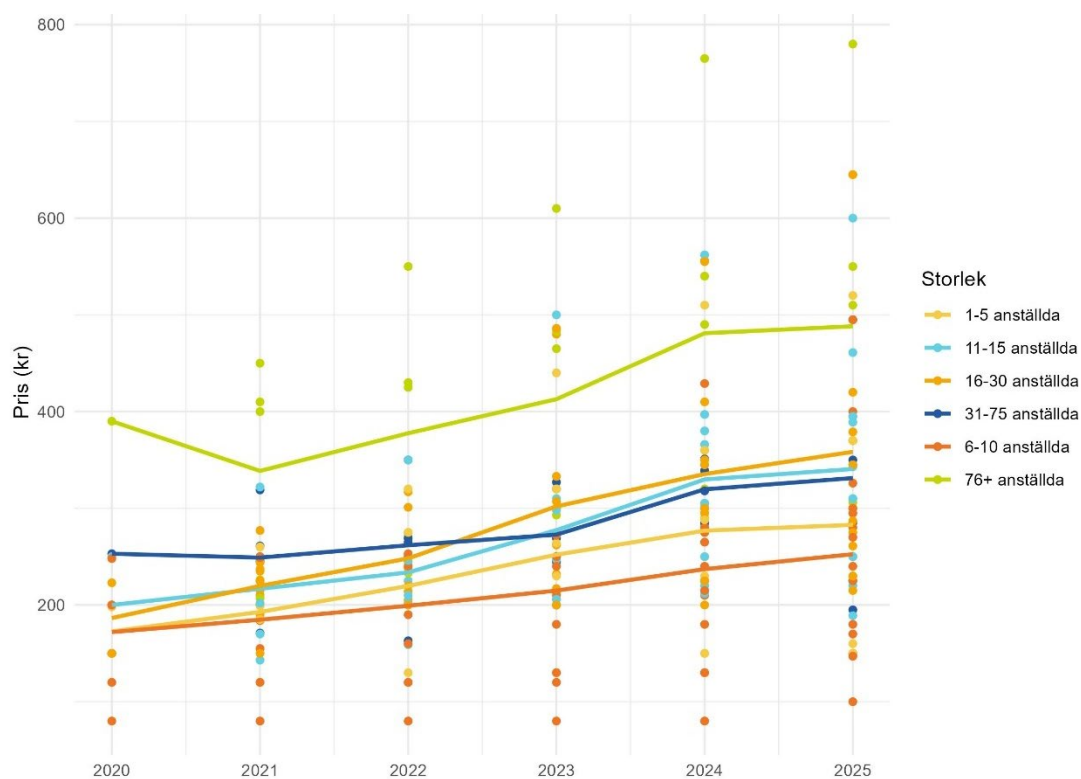
Källa: Åläggandedata.

Figur 15 Pris för kloklippning av hundar, redovisat för klinikens storlek



Källa: Åläggandedata.

Figur 16 Pris för kloklippning av katter, redovisat för klinikens storlek

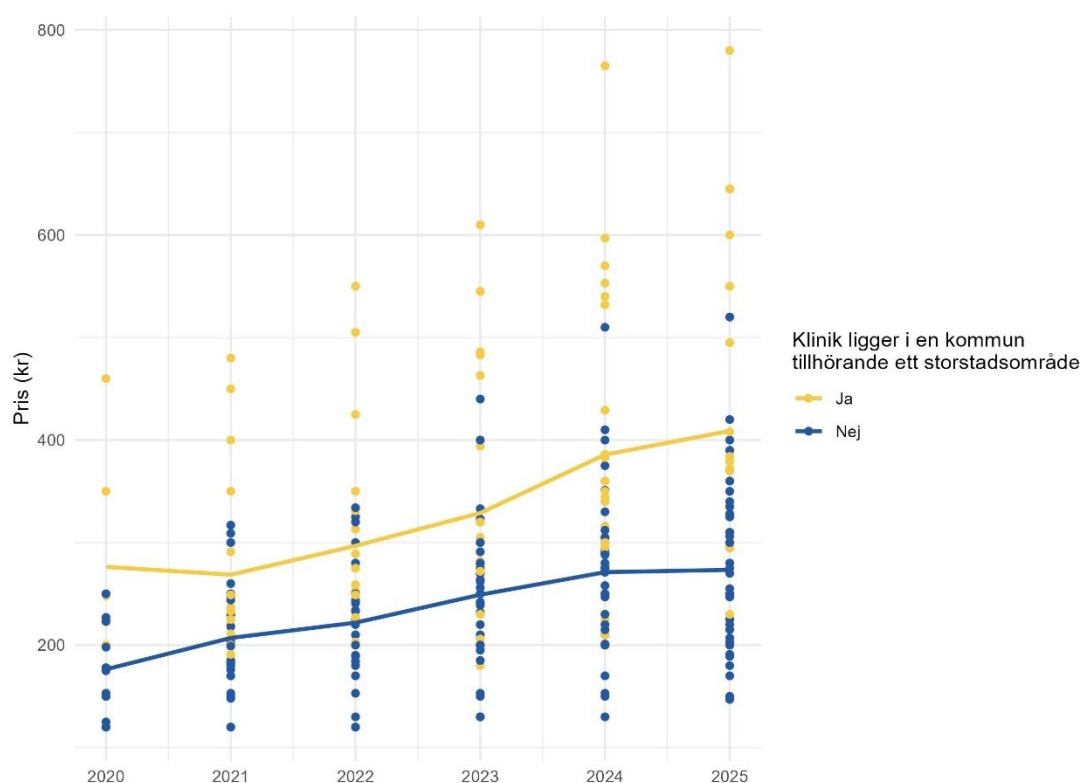


Källa: Åläggandedata.

Priset är ofta högre för profylaktiska åtgärder, samt för avlivning och kremering hos kliniker i kommuner som tillhör ett storstadsområde. Konkurrensverket har jämfört prisutvecklingen för profylaktiska åtgärder, samt avlivning och kremering, mellan kliniker som ligger i en kommun tillhörande ett storstadsområde och övriga kliniker. För de flesta åtgärderna är prisnivån generellt högre hos kliniker som ligger i en kommun tillhörande ett storstadsområde. Samtidigt finns det även kliniker i storstadsområden som har lägre prisnivåer.

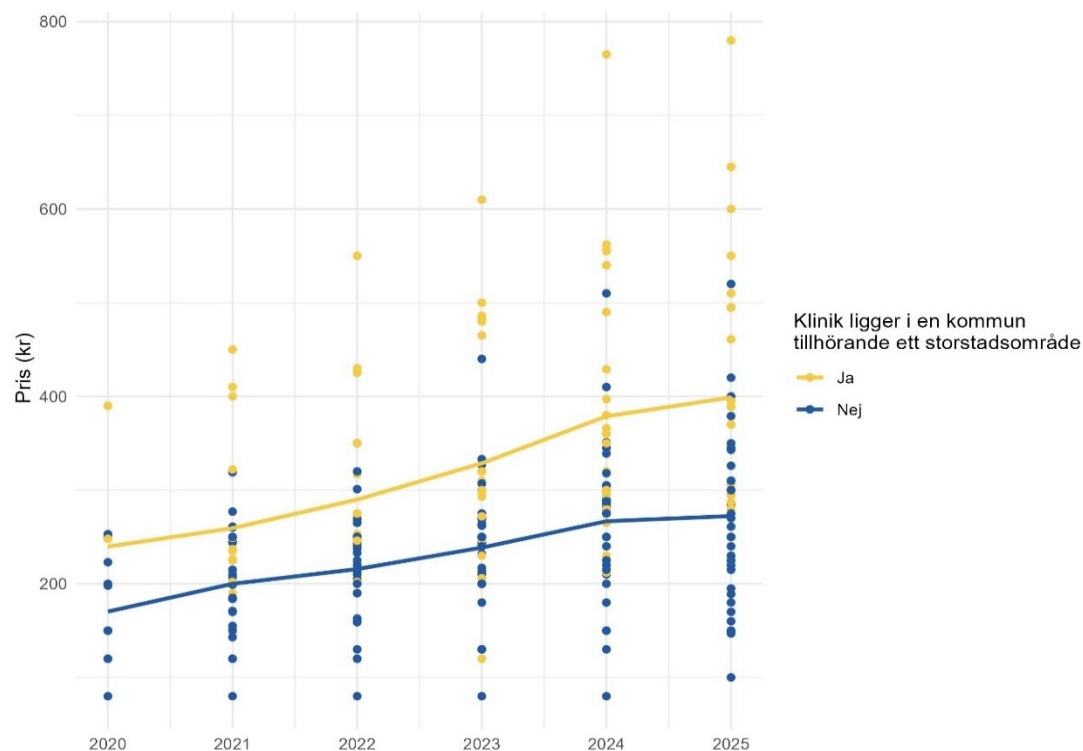
I figur 17–22 nedan visas ett antal exempel på åtgärder där priserna skiljer sig åt betydligt mellan kliniker som ligger i en kommun som tillhör ett storstadsområde och övriga kliniker.

Figur 17 Pris för kloklippning av hundar, kliniken ligger i ett storstadsområde eller i ett annat geografiskt område



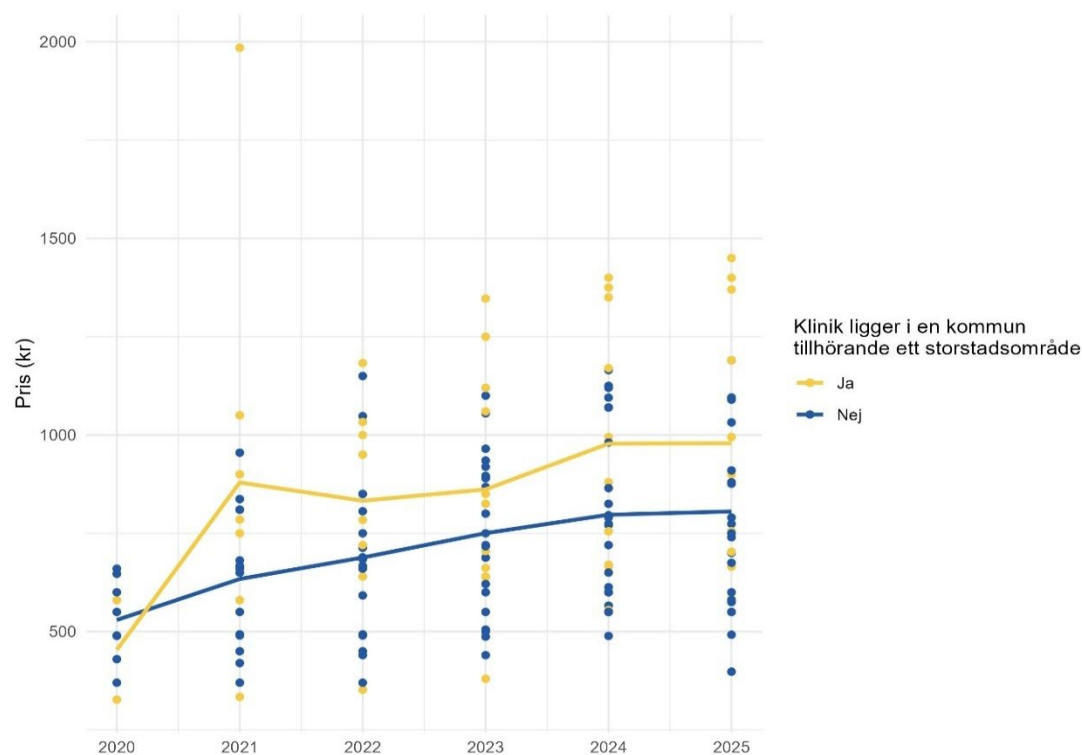
Källa: Åläggandedata.

Figur 18 Pris för klocklippning av katter, kliniken ligger i ett storstadsområde eller i ett annat geografiskt område



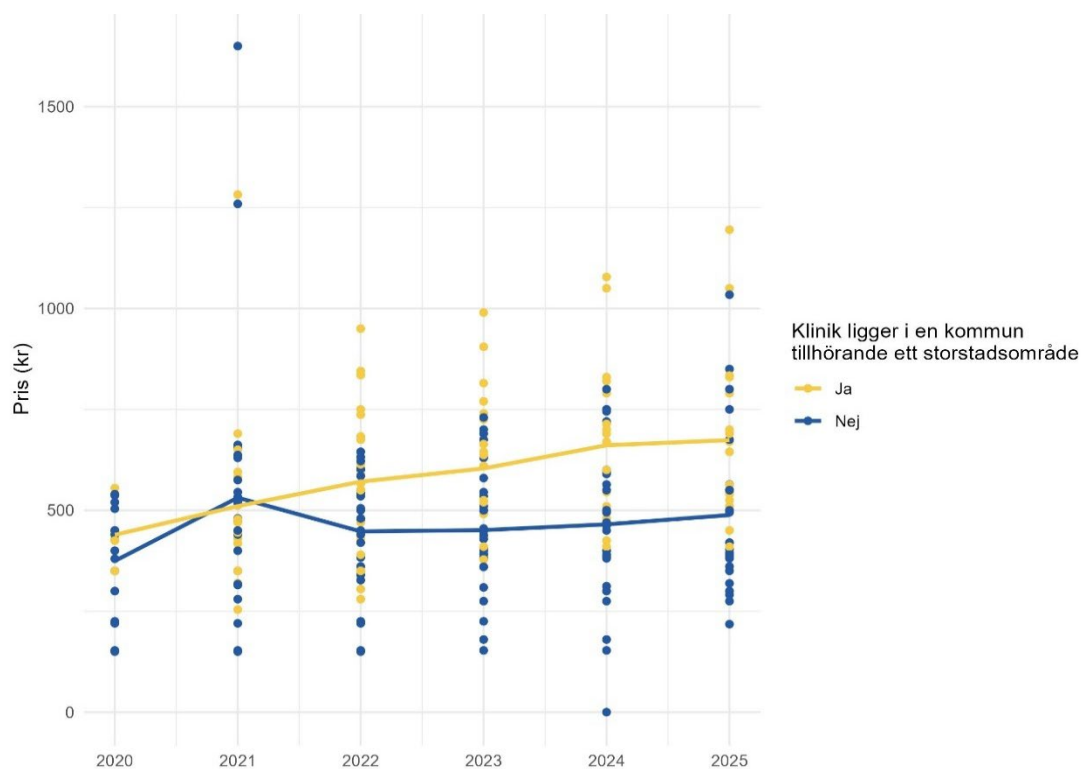
Källa: Åläggandedata.

Figur 19 Pris för hjärtintyg för hundar, kliniken ligger i ett storstadsområde eller i ett annat geografiskt område



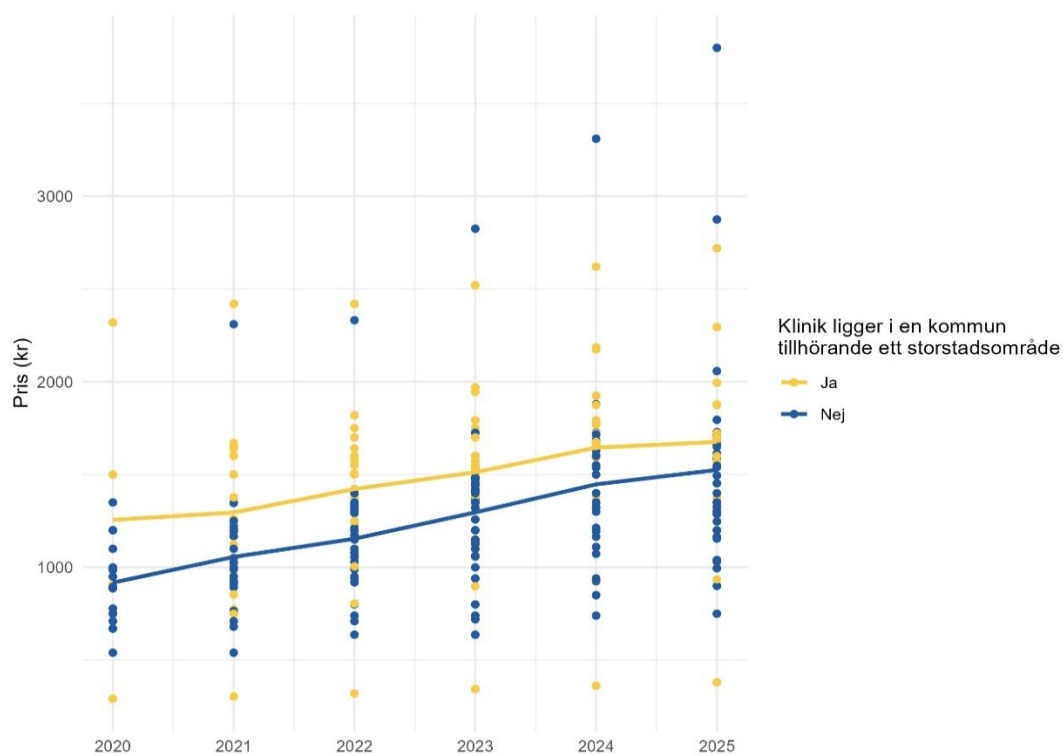
Källa: Åläggandedata.

Figur 20 Pris för ID-märkning och ID-kontroll av katter, kliniken ligger i ett storstadsområde eller i ett annat geografiskt område



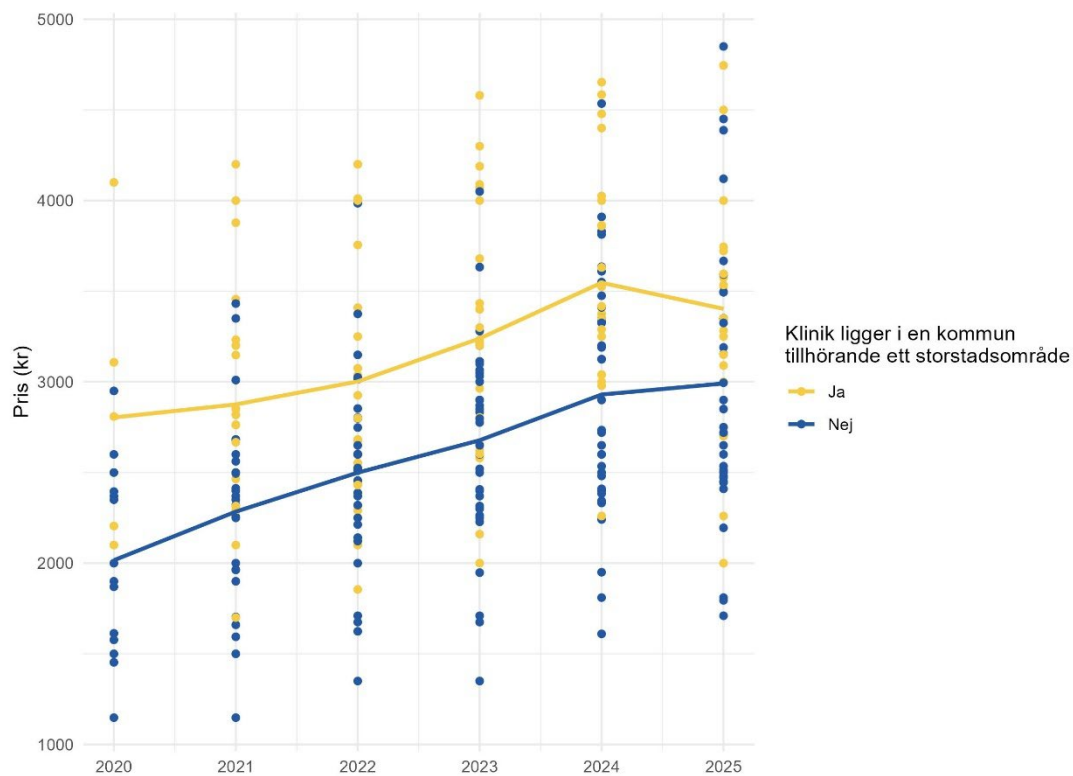
Källa: Åläggandedata.

Figur 21 Pris för samkremering av hundar, kliniken ligger i ett storstadsområde eller i ett annat geografiskt område



Källa: Åläggandedata.

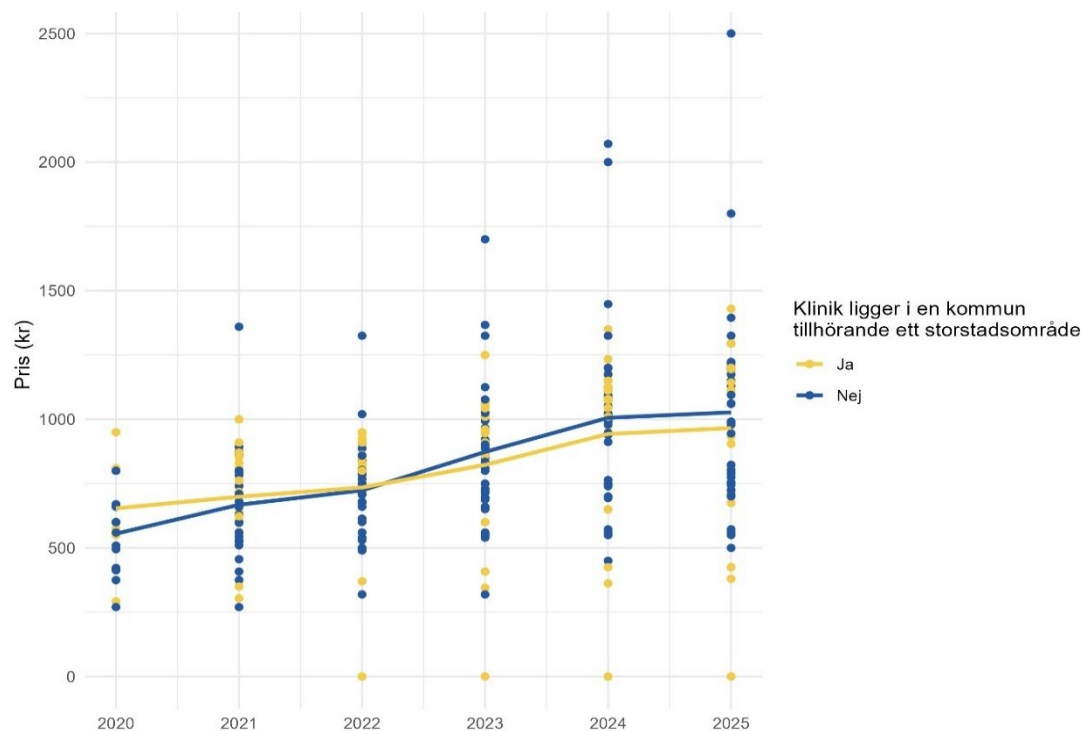
Figur 22 Pris för separat kremering av hund, kliniken ligger i ett storstadsområde eller i ett annat geografiskt område



Källa: Åläggandedata.

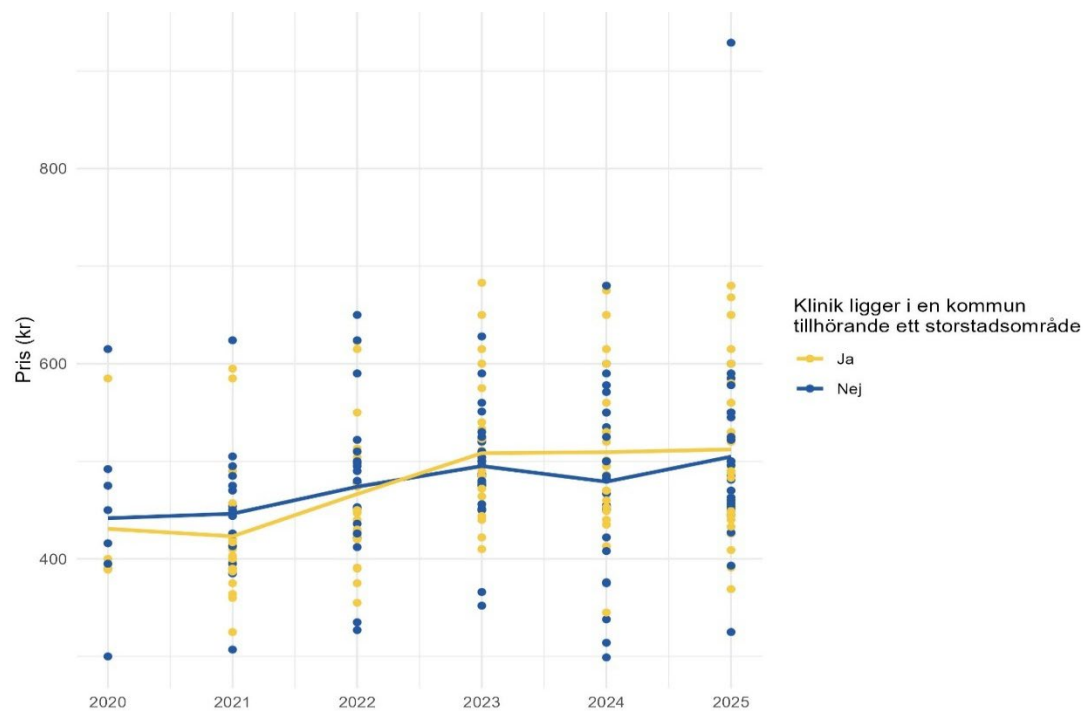
Samtidigt finns det även profylaktiska åtgärder för vilka priserna inte skiljer sig åt betydligt mellan kliniker som ligger i en kommun tillhörande ett storstadsområde och övriga kliniker. Nedan visas två exempel på sådana åtgärder. Se figur 23 och figur 24.

Figur 23 Pris för samkremering av katter, kliniken ligger i ett storstadsområde eller i ett annat geografiskt område



Källa: Åläggandedata.

Figur 24 Pris för vaccination (kc) av hundar, kliniken ligger i ett storstadsområde eller i ett annat geografiskt område



Källa: Åläggandedata.

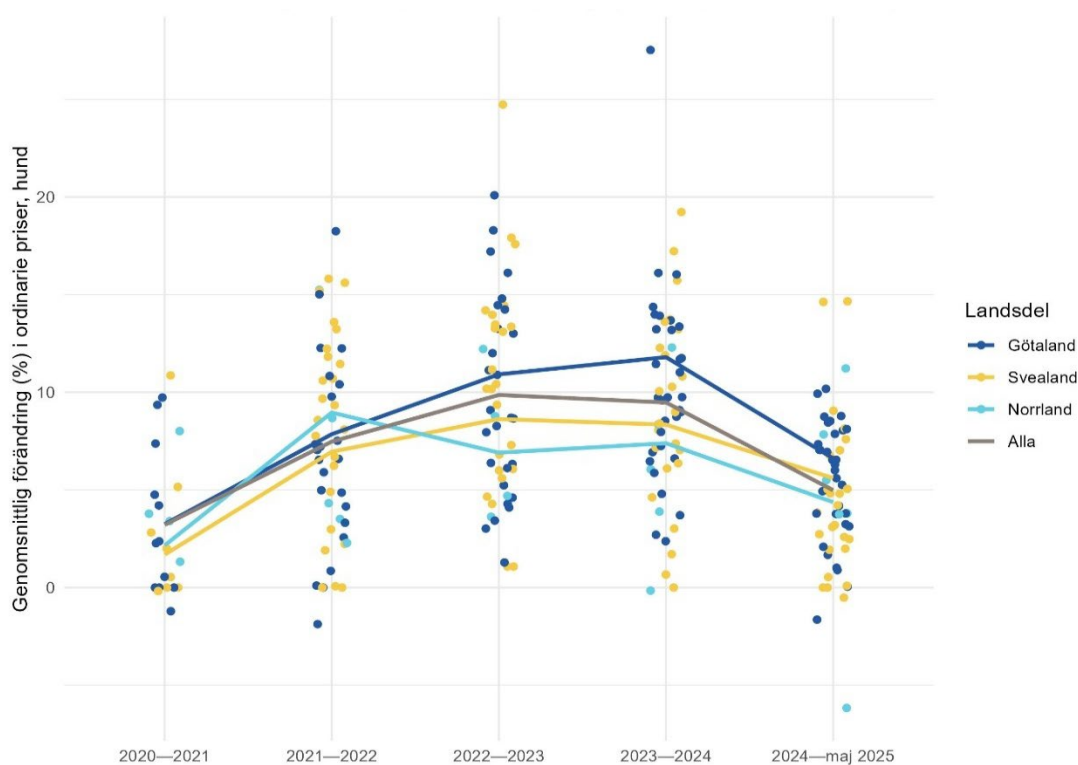
1.2.3 Figurer avseende prisutvecklingen inom icke-profylaktisk vård

Det finns kliniker med högre och lägre prisutveckling i alla landsdelar, men medelutvecklingen har varit högst i Götaland

Prisspridningen för icke-profylaktisk vård är stor såväl inom hela landet som inom olika landsdelar.² Prisökningstakten är i genomsnitt högst i Götaland under perioden 2022–maj 2025, medan prisökningstakten i genomsnitt är lägst i Norrland under samma period.

I figur 25 framgår den genomsnittliga förändringen i ordinarie pris för hund från år till år för respektive klinik³, där varje prick är färgad beroende på vilken landsdel kliniken tillhör. Vidare visas även medelutvecklingen i ordinarie pris genom tre linjer, färgade beroende på landsdel. Liksom övriga figurer inkluderas även en grå linje som visar medelutvecklingen i ordinarie pris från år till år för samtliga kliniker avseende icke-profylaktisk vård.

Figur 25 Genomsnittlig förändring i ordinarie pris per klinik 2020–maj 2025 för hundar avseende klinikernas landsdelstillhörighet



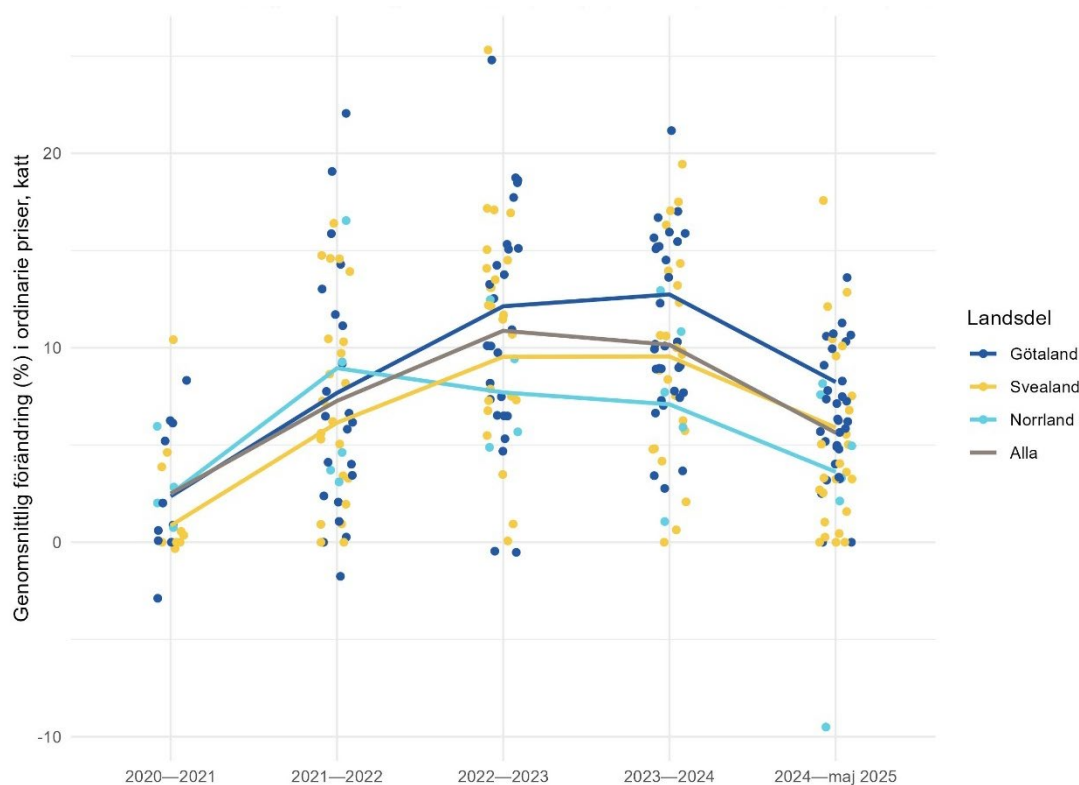
Källa: Konkurrensverkets egen beräkning utifrån åläggandedata.

² I data finns 8 kliniker från samtliga län i Norrland: Norrbottens län, Västerbottens län, Västernorrlands län, Jämtlands län, Gävleborgs län, och 27 kliniker från samtliga län i Svealand: Dalarnas län, Värmlands län, Örebro län, Västmanlands län, Uppsala län, Stockholms län, Södermanlands län. Vidare finns data från 36 kliniker i följande län i Götaland: Östergötlands län, Jönköpings län, Kronobergs län, Kalmar län, Blekinge län, Skåne län, Hallands län och Västra Götalands län. Det finns ingen klinik i data från Gotlands län, då den klinik i Gotland som mottog åläggandet inte hade möjlighet att svara på detta.

³ Figuren avläses för värden avseende genomsnittlig förändring i ordinarie pris per klinik 2020–2021, 2021–2022, 2022–2023, 2023–2024 och 2024–maj 2025.

I figur 26 visas motsvarande figur för katt, med den genomsnittliga förändringen i ordinarie pris från år till år för respektive klinik (prick) samt medelutvecklingen i ordinarie pris beroende på landsdel (linje).

Figur 26 Genomsnittlig förändring i ordinarie pris per klinik 2020–maj 2025 för katter avseende klinikernas landsdelstillhörighet



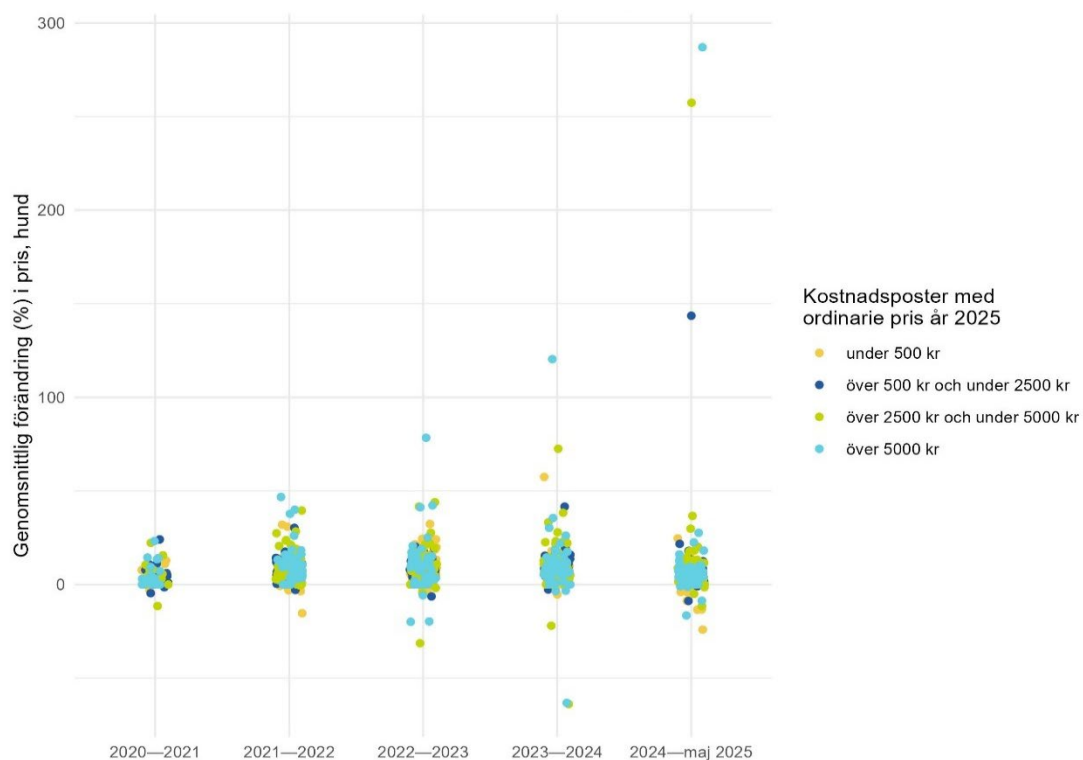
Källa: Konkurrensverkets egen beräkning utifrån åläggandedata.

Både billigare och dyrare kostnadsposter för icke-profylaktiska åtgärder har ökat i pris

Den ofta höga prisutvecklingen kan observeras för såväl kostnadsposter som har ett relativt lågt pris och kostnadsposter som har ett relativt högt pris. Detta innebär att priserna generellt har ökat likartat för såväl enklare icke-profylaktiska åtgärder som för dyrare icke-profylaktiska åtgärder.

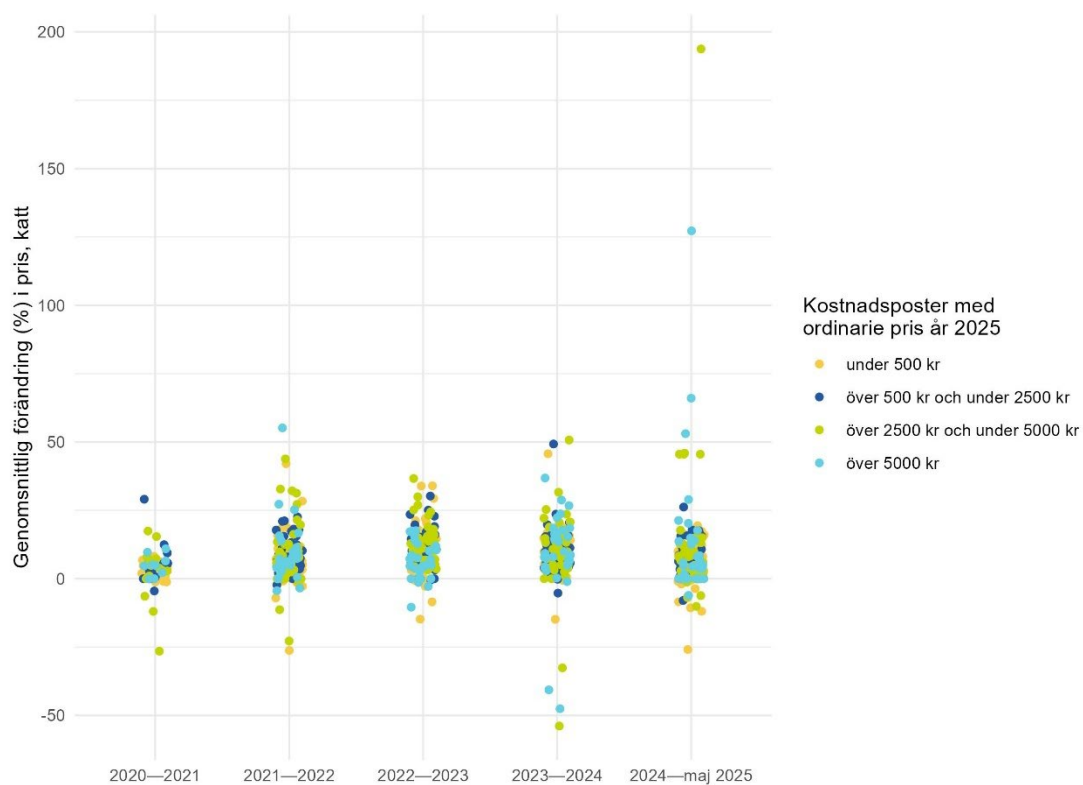
I figur 27 och figur 28 nedan visas den genomsnittliga förändringen i ordinarie pris per klinik och år för kostnadsposter av olika prisstorlekar. Figurerna visar att prisutvecklingen generellt har varit likartad mellan de fyra prisintervallen: kostnadsposter med ordinarie pris år 2025 under 500 kronor, över 500 kronor och under 2 500 kronor, över 2 500 kronor och under 5 000 kronor, samt över 5 000 kronor. Även här kan noteras en stor prisspridning från klinik till klinik.

Figur 27 Genomsnittlig förändring i ordinarie pris avseende olika prisnivåer av hund



Källa: Konkurrensverkets egen beräkning utifrån åläggandedata.

Figur 28 Genomsnittlig förändring i ordinarie pris avseende olika prisnivåer av katt



Källa: Konkurrensverkets egen beräkning utifrån åläggandedata.

Det kan observeras att figurerna innehåller vissa extremvärden för prisgrupperna mellan 500 kronor och 5 000 kronor, framför allt för 2025. Detta beror på att dataunderlaget är mindre för högre prisgrupper, vilket gör att resultatet blir mer känsligt för stora förändringar i enskilda kostnadsposter. Som exempel beror extremvärdena år 2025 i figur 27 för icke-profylaktisk vård av hund på att en klinik har ökat priset från 2024 till 2025 med över 1 000 procent för ett antal kostnadsposter.

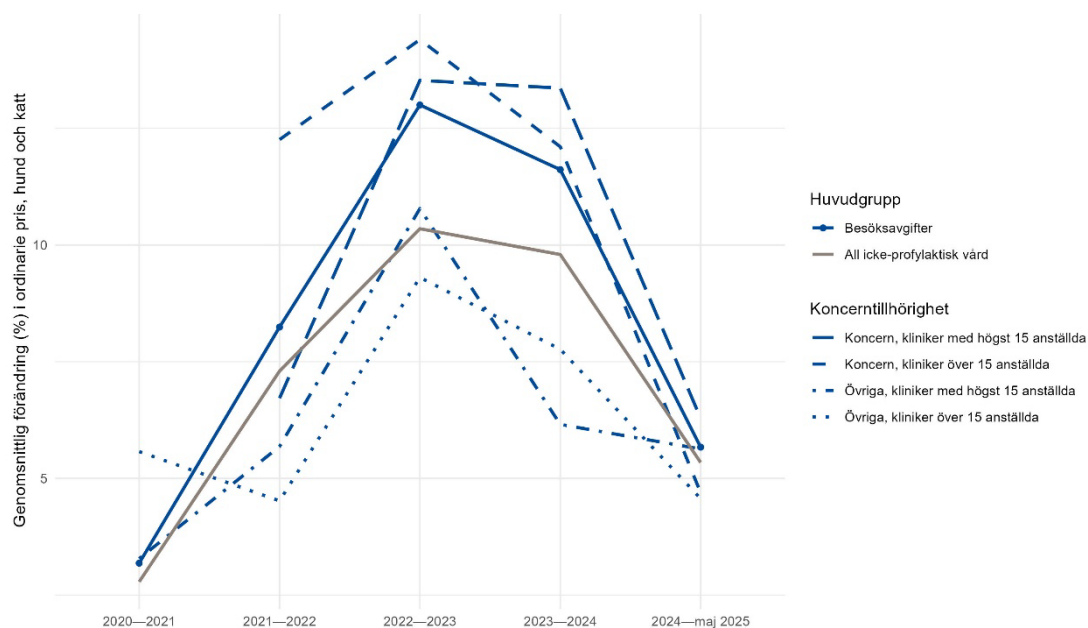
Skillnaden i prisutvecklingen för besöksavgifter, diagnostik och behandling (inkl. kirurgi) mellan kliniker med koncerntillhörighet och övriga kliniker gäller även när vi jämför kliniker med olika storlek och öppettider

I figur 29–36 nedan visas prisutvecklingen för huvudgrupperna Besöksavgifter, Diagnostik och Behandling (inkl. kirurgi) mellan kliniker med koncerntillhörighet och övriga kliniker, när vi jämför kliniker med olika storlekar och öppettider. Detta görs för att undersöka om skillnaderna i prisutvecklingen för kliniker med och utan koncerntillhörighet för respektive huvudgrupp beror på att kliniker med koncerntillhörighet är av större storlek eller har mer omfattande öppettider.

Hälften av figurerna differentierar prisutvecklingen för huvudgruppen (som figuren avser) i storlek, med brytpunkt vid 15 anställda. Det innebär att figuren inkluderar en linje som visar prisutvecklingen för huvudgruppen för kliniker med koncerntillhörighet med högst 15 anställda (färgad streckad linje med långa streck) och en linje som visar prisutvecklingen för huvudgruppen för kliniker utan koncerntillhörighet med högst 15 anställda (färgad linje med ett medellångt streck och en prick efter varandra). Figuren inkluderar även en linje som visar prisutvecklingen för huvudgruppen för kliniker med koncerntillhörighet med över 15 anställda (färgad streckad linje med medellånga streck), och en linje som visar prisutvecklingen för huvudgruppen för kliniker utan koncerntillhörighet med över 15 anställda (färgad prickad linje). Vidare inkluderar figurerna som jämförelse även prisutvecklingen för huvudgruppen för alla kliniktyper (färgad heldragen linje), och prisutvecklingen för all icke-profylaktisk vård (grå linje).

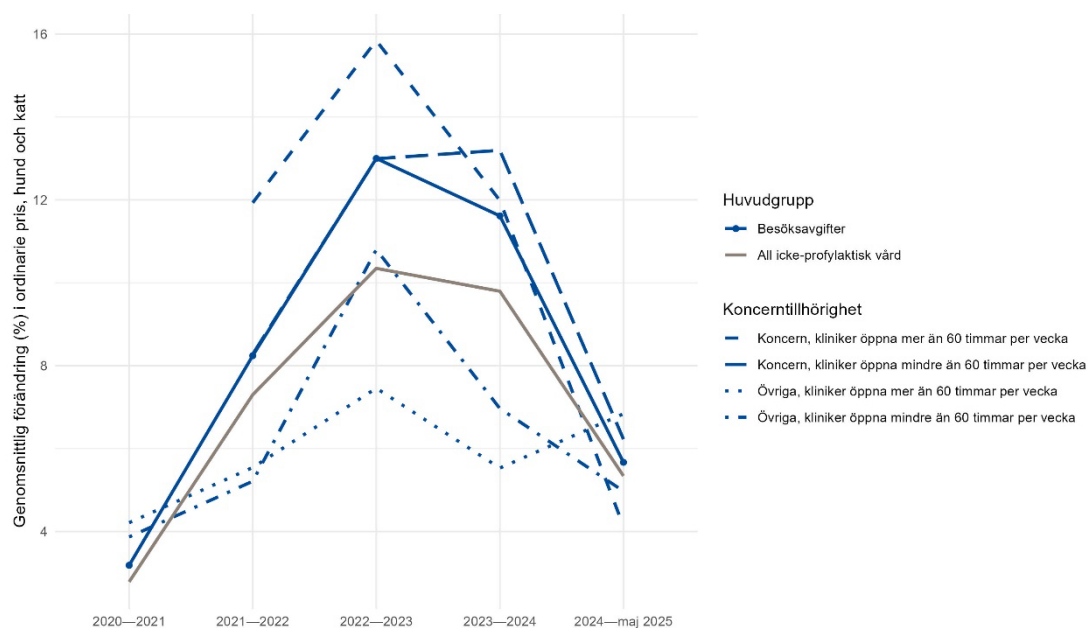
Resterande figurer differentierar prisutvecklingen för huvudgruppen (som figuren avser) i öppettider, med brytpunkt vid 60 timmar per vecka. Det innebär att figuren inkluderar en linje som visar prisutvecklingen för huvudgruppen för kliniker med koncerntillhörighet som har öppet mindre än 60 timmar per vecka (färgad streckad linje med långa streck) och en linje som visar prisutvecklingen för huvudgruppen för kliniker utan koncerntillhörighet som har öppet mindre än 60 timmar per vecka (färgad linje med ett medellångt streck och en prick efter varandra). Figuren inkluderar även en linje som visar prisutvecklingen för huvudgruppen för kliniker med koncerntillhörighet som har öppet mer än 60 timmar per vecka (färgad streckad linje med medellånga streck), och en linje som visar prisutvecklingen för huvudgruppen för kliniker utan koncerntillhörighet som har öppet mer än 60 timmar per vecka (färgad prickad linje). Liksom tidigare inkluderar figurerna som jämförelse även prisutvecklingen för huvudgruppen för alla kliniktyper (färgad heldragen linje), och prisutvecklingen för all icke-profylaktisk vård (grå linje).

Figur 29 Genomsnittlig förändring i ordinarie pris av huvudgrupp Besöksavgifter beroende på koncerttillhörighet och storlek



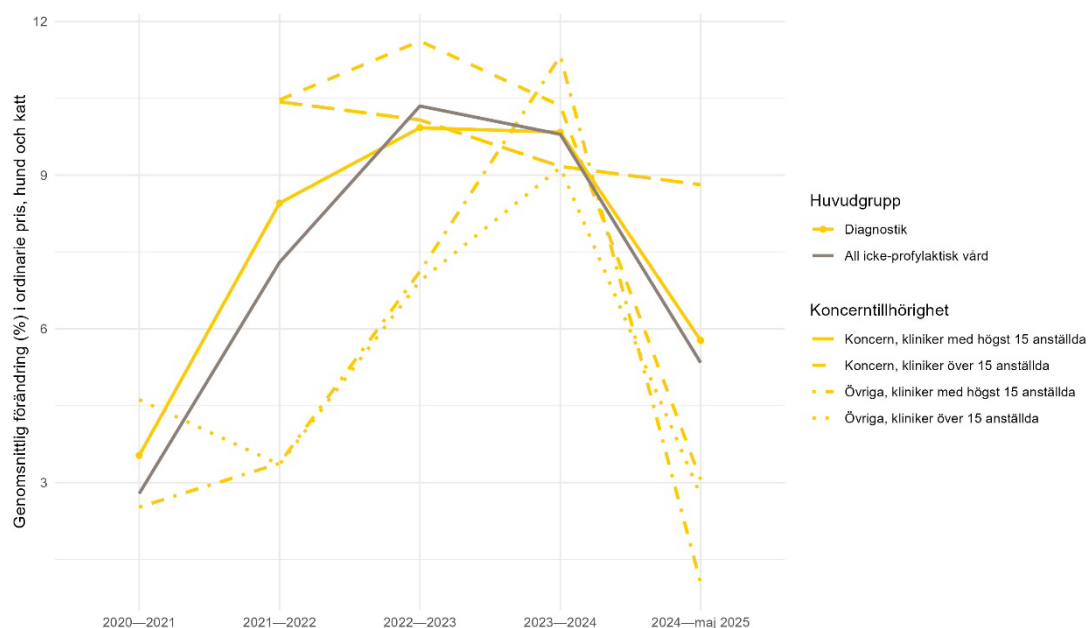
Källa: Konkurrensverkets egen beräkning utifrån åläggandedata.

Figur 30 Genomsnittlig förändring i ordinarie pris av huvudgrupp Besöksavgifter beroende på koncerttillhörighet och öppettider



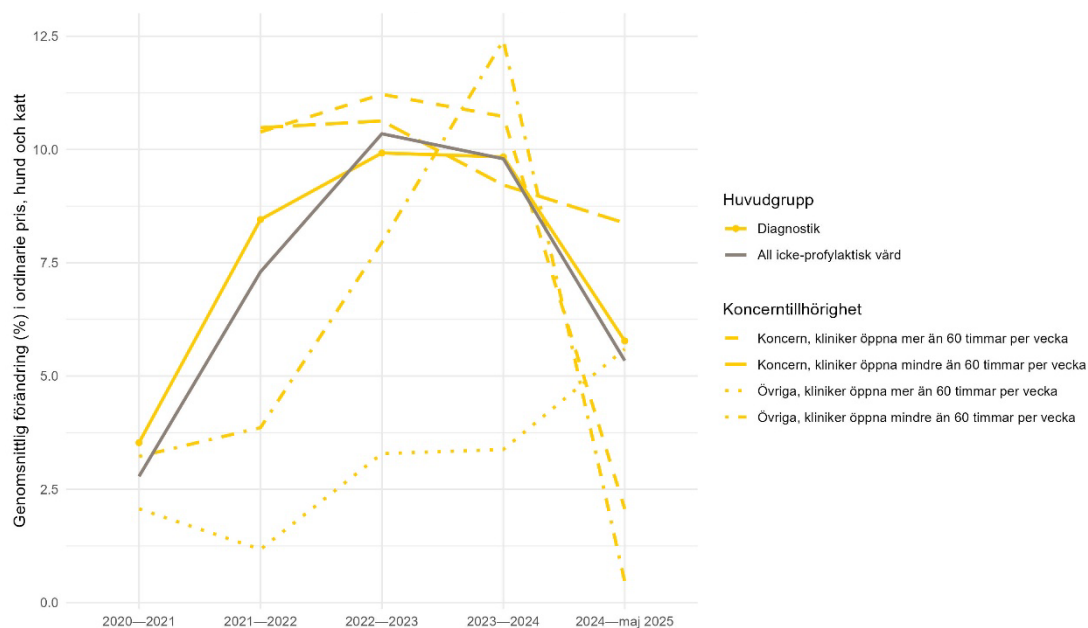
Källa: Konkurrensverkets egen beräkning utifrån åläggandedata.

Figur 31 Genomsnittlig förändring i ordinarie pris av huvudgrupp Diagnostik beroende på koncerttillhörighet och storlek



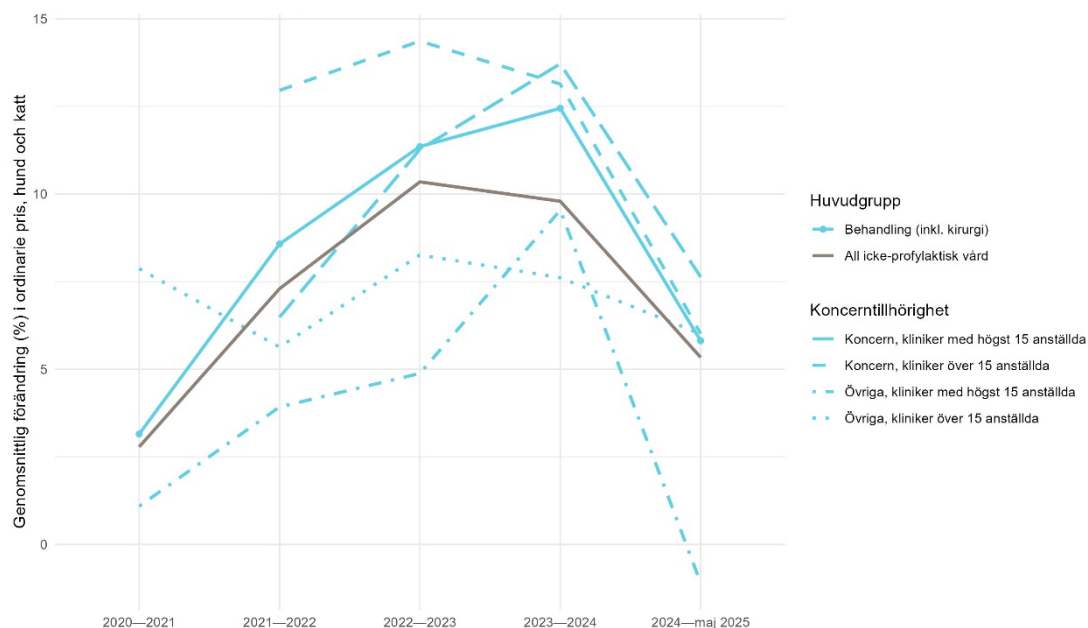
Källa: Konkurrensverkets egen beräkning utifrån åläggandedata.

Figur 32 Genomsnittlig förändring i ordinarie pris av huvudgrupp Diagnostik beroende på koncerttillhörighet och öppettider



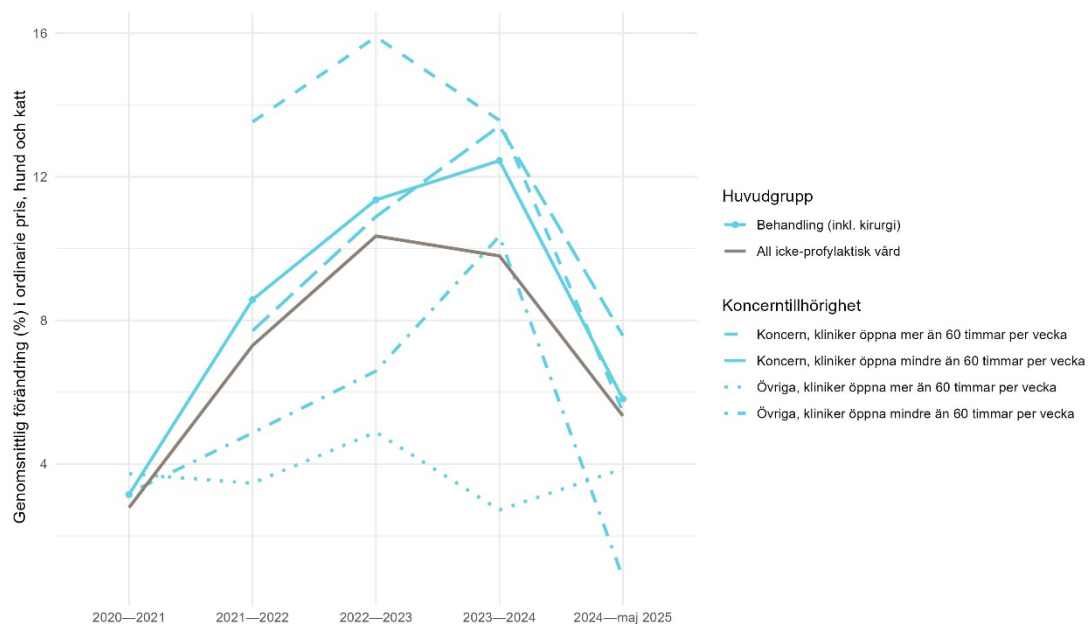
Källa: Konkurrensverkets egen beräkning utifrån åläggandedata.

Figur 33 Genomsnittlig förändring i ordinarie pris av huvudgrupp Behandling (inkl. kirurgi) beroende på koncerttillhörighet och storlek



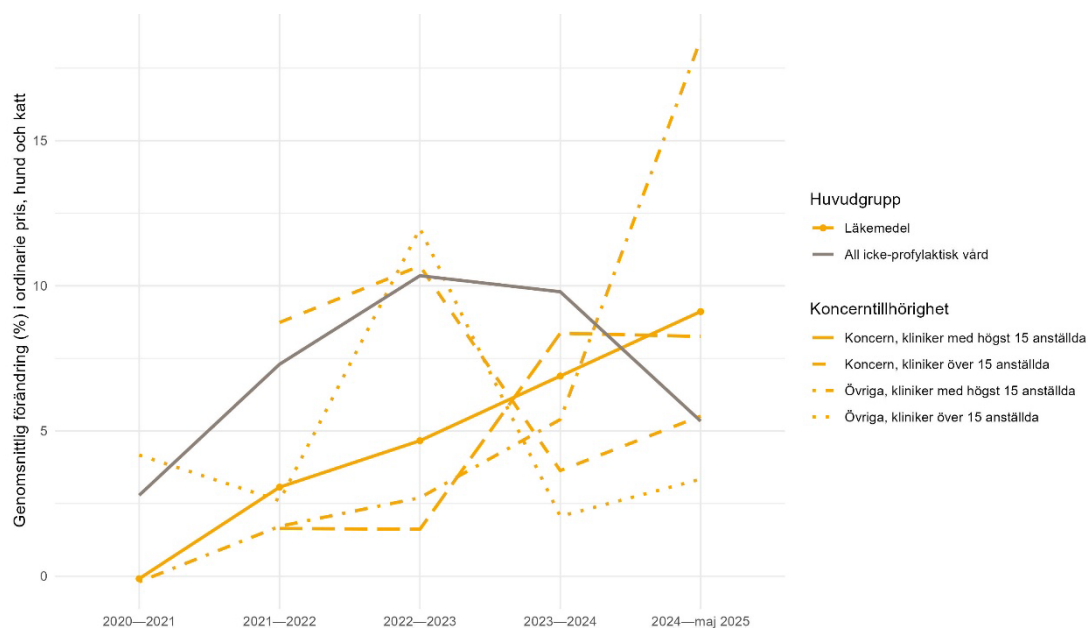
Källa: Konkurrensverkets egen beräkning utifrån åläggandedata.

Figur 34 Genomsnittlig förändring i ordinarie pris av huvudgrupp Behandling (inkl. kirurgi) beroende på koncerttillhörighet och öppettider



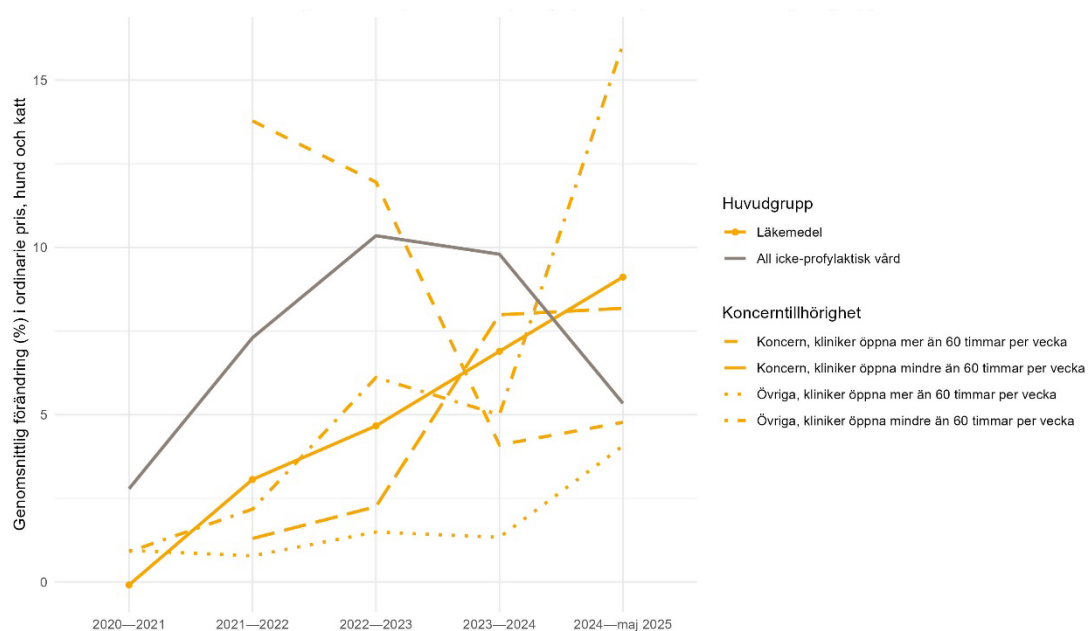
Källa: Konkurrensverkets egen beräkning utifrån åläggandedata.

Figur 35 Genomsnittlig förändring i ordinarie pris av huvudgrupp Läkemedel beroende på koncerntillhörighet och storlek



Källa: Konkurrensverkets egen beräkning utifrån åläggandedata.

Figur 36 Genomsnittlig förändring i ordinarie pris av huvudgrupp Läkemedel beroende på koncerntillhörighet och öppettider

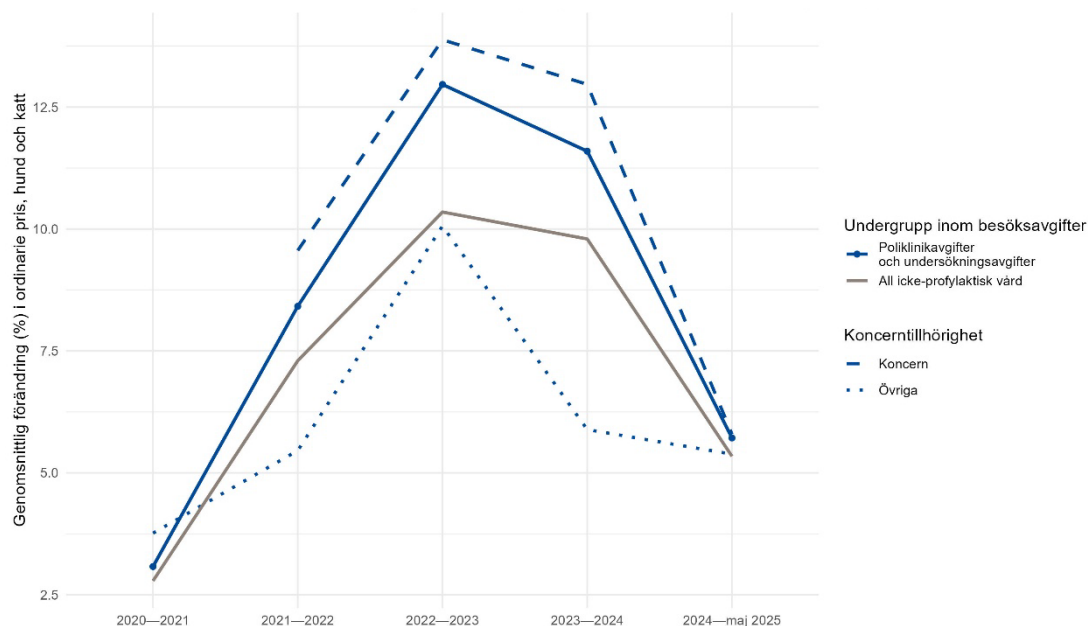


Källa: Konkurrensverkets egen beräkning utifrån åläggandedata.

Prisutvecklingen är högre för kliniker med koncerntillhörighet än övriga kliniker även för undergrupperna poliklinikavgifter och undersökningsavgifter, ultraljud, anestesi och mjukdelskirurgi

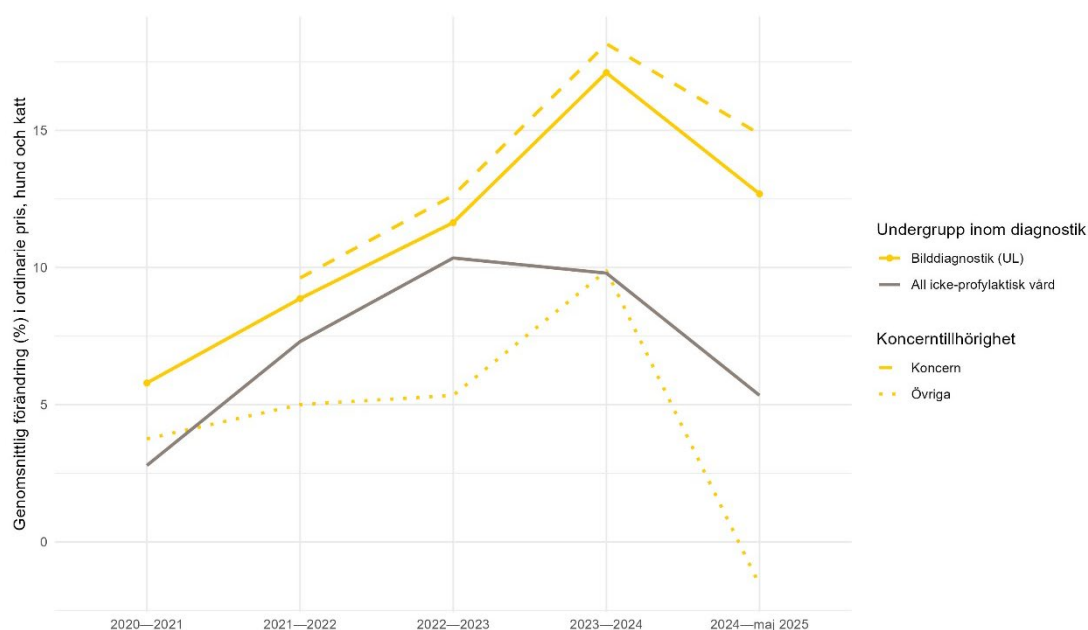
I figur 37–40 nedan visas skillnaden i prisutvecklingen mellan kliniker med och utan koncerntillhörighet för några utvalda undergrupper.

Figur 37 Genomsnittlig förändring i ordinarie pris för kliniker med koncerntillhörighet respektive övriga kliniker för undergruppen Poliklinikavgifter och Undersökningsavgifter



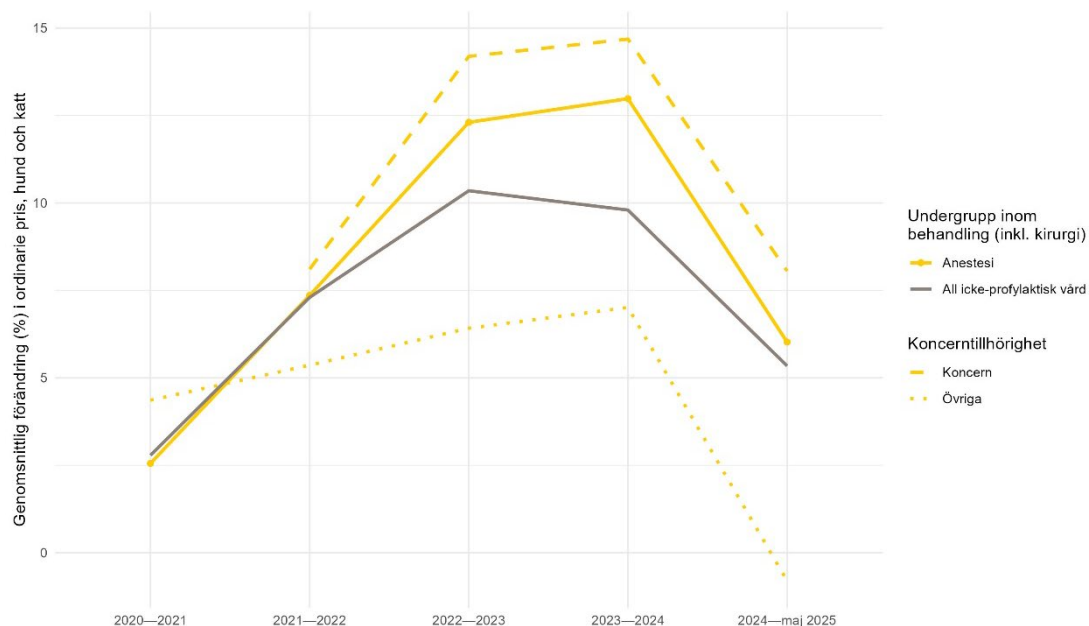
Källa: Konkurrensverkets egen beräkning utifrån åläggandedata.

Figur 38 Genomsnittlig förändring i ordinarie pris för kliniker med koncerntillhörighet respektive övriga kliniker för undergruppen Bilddiagnostik (UL)



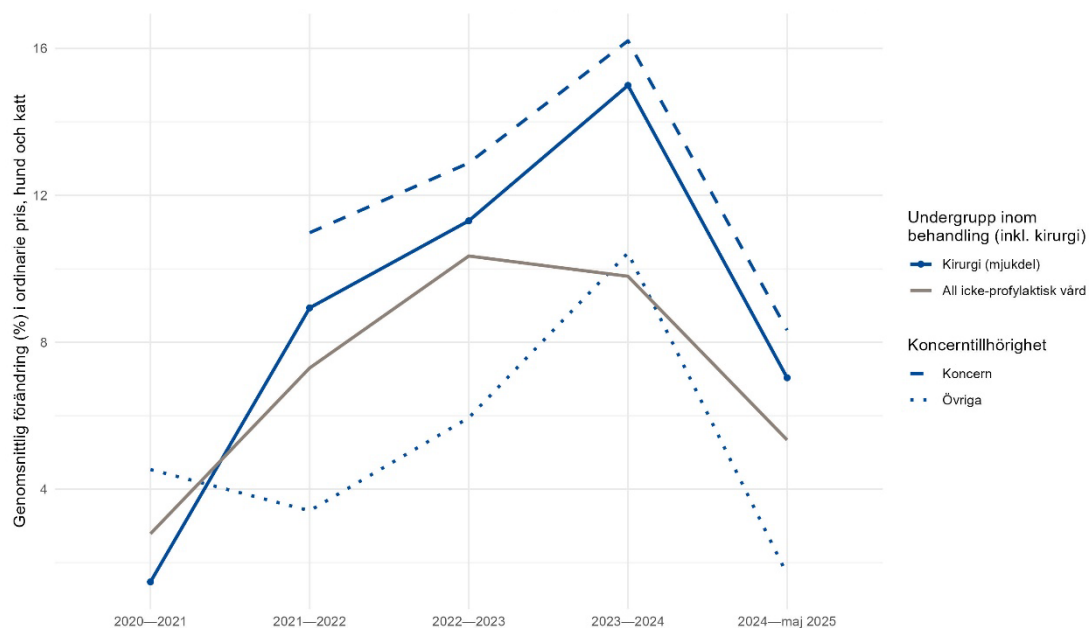
Källa: Konkurrensverkets egen beräkning utifrån åläggandedata.

Figur 39 Genomsnittlig förändring i ordinarie pris för kliniker med koncerntillhörighet respektive övriga kliniker för undergruppen Anestesi



Källa: Konkurrensverkets egen beräkning utifrån åläggandedata.

Figur 40 Genomsnittlig förändring i ordinarie pris för kliniker med koncerntillhörighet respektive övriga kliniker för undergruppen Kirurgi (mjukdel)



Källa: Konkurrensverkets egen beräkning utifrån åläggandedata.

2 Bilaga 2. Konkurrensverkets åläggande till djurkliniker och djursjukhus

För att kunna kartlägga pristransparensen inom djursjukvårdsmarknaden och utreda hur den påverkar priserna och kostnadsutvecklingen har vi skickat åläggande att tillhandahålla uppgifter till ett antal veterinärkliniker och djursjukhus runt om i landet.⁴ Konkurrensverket ålade klinikerna att inkomma med information enligt 1§ lagen (2010:1350) om uppgiftsskyldighet i fråga om marknads- och konkurrensförhållanden.

2.1 Urval av mottagare

För tidsbesparing, hanterbarhet och av praktiska skäl har vi gjort ett urval av djurkliniker i stället för att samla in uppgifter från samtliga kliniker och djursjukhus i Sverige genom följande steg.

Vi samlade in uppgifter om alla företag⁵ som finns i InfoTorg med SNI-kod 75 000, som representerar veterinärverksamhet i Sverige. Det bestod av 3 990 företag, exklusive 35 företag med duplicerade organisationsnummer. Denna rådata krävde dock viss initial datahantering, där vissa företag exkluderades. Dels har vi tagit bort inaktiva företag eller företag med avvikande företagsstatus såsom delning, konkurs och likvidation från rådata. Dels har vi tagit bort vissa verksamheter som inte är relevanta för utredningen då de inte är verksamma på djursjukvårdsmarknaden. Att sådana inkluderas i rådata beror på att SNI-kod 75 000 även inkluderar vissa andra typer av företag.⁶ Slutligen har vi tagit bort enmansföretag för att minimera administrativa bördan för dessa företag. Detta innebar samtidigt att företag med annan bolagsform än aktiebolag exkluderades från data, då dessa företag inte har information om antal anställda på InfoTorg.

Efter den initiala filtreringen har vi gjort en manuell genomlysning av klinikernas webbplatser. Syftet var att dels undersöka om klinikerna hade en webbplats, och dels exkludera kliniker som inte behandlar smådjur⁷ samt att identifiera eventuella andra företag som inte bedriver djursjukvårdsverksamhet. Om en klinik inte hade en webbplats gjorde vi antagandet att denna har en begränsad administrativ verksamhet, varefter vi exkluderade dessa företag för att enbart behålla de kliniker

⁴ Dnr 240/2025, handl.nr 43, Beslut åläggande.

⁵ Observera att företag inte behöver motsvara veterinärkliniker då ett företag kan ha flera kliniker med olika arbetsställen. Det vill säga att flera kliniker kan ha samma organisationsnummer. Som följd av detta blev ett antal kliniker, tillhörande två koncerner för vilka vi hade kännedom om att koncernerna har fler kliniker än vad vi kunde se i Infotorg-data, tillagda i dataunderlaget som urvalet gjordes ifrån. Se mer om detta längre ned.

⁶ SNI-kod 75 000 omfattar alla typer av verksamheter som syftar till djursjukvård och vård av husdjur och sällskapsdjur och kontrollverksamhet för lantbruksdjur och sällskapsdjur.

⁷ Kliniker som endast behandlar hästar eller lantbruksdjur exkluderades.

som skulle ha förmåga att hantera åläggandet. Därtill samlade vi information som öppettider och vilka typer av smådjur kliniken behandlar.

Eftersom data från InfoTorg är strukturerad på organisationsnummernivå finns en risk att kliniker som inte är egna företag inte ingår i urvalet. Vi begärde därför information om samtliga kliniker från Evidensia och Anicura, vilka vi kände till hade potentiellt fler kliniker än de som finns på InfoTorg. Detta innebar att fyra kliniker från Evidensia lades till i dataunderlaget.⁸

Slutligen noterade vi att en relativt liten andel av Evidensias och Anicuras kliniker ingick i det slutgiltiga dataunderlaget inför urvalet, i förhållande till deras gemensamma marknadsandel. Vi bedömde därför att dataunderlaget inte var representativt för dessa två kedjor.⁹ Detta problem berodde på den initiala filtreringen av kliniker med färre än två anställda, som samtidigt innebar att kliniker av typ "arbetsställe", jämfört med aktiebolag, exkluderades.¹⁰ För att åtgärda detta valde vi att lägga till de kliniker av typ "arbetsställe" tillhörande Evidensia och Anicura i dataunderlaget, vilka behandlar smådjur och har fler än en anställd.

Till slut fick vi totalt 359 kliniker eller djursjukhus kvar i dataunderlaget inför urvalsprocessen.

Urvalet av kliniker som skulle få åläggandet gjordes på två olika sätt. Vi valde att inkludera samtliga djursjukhus som tar emot nya patienter dygnet runt och året om (totalt nio stycken), då vi ville säkerställa att de mest tillgängliga och potentiellt största djursjukhusen mottog åläggandet. Resterande 78 företag valdes ut genom ett stratifierat slumpmässigt urval utifrån län. Det stratifierade slumpmässiga urvalet innebär att kliniken valdes ut slumpmässigt inom respektive län, men att antalet veterinärkliniker som har fått åläggandet i respektive län är proportionerligt mot antalet veterinärkliniker i respektive län. Detta gjordes för att säkerställa ett urval med rättvisande geografisk täckning.

Totalt fick 87 veterinärkliniker och djursjukhus åläggandet i slutet av maj 2025. För dessa upphävdes åläggandet till tre kliniker.¹¹

⁸ Samtliga kliniker tillhörande Anicura fanns med i data från Infotorg. Detta gällde även Svenska Veterinärgruppen.

⁹ Antalet kliniker tillhörande Evidensia och Anicura som ingick i dataunderlaget var representativt sett till populationen av kliniker om vi utgår från *antalet* kliniker som finns, men inte sett till marknadens struktur då de två kedjorna har en gemensam andel på marknaden (där totalmarknaden utgörs av SNI 75 000 veterinärverksamhet) om ca 30–40 procent de senaste fem åren.

¹⁰ Enligt information från Evidensia och Anicura har dessa kliniker fler än en anställd.

¹¹ Två av dessa kliniker behandlar inte hund och katt, alternativt att de endast behandlar hund och katt i mycket liten utsträckning, och en klinik hade lagt ned sin verksamhet.

2.2 Åläggandets innehåll

Åläggandet består av två delar; den första delen utgörs av ett frågeformulär och den andra delen är en excelfil som företagen fick fylla i.

I frågeformuläret finns ett antal kontrollfrågor. Företagen fick besvara om de bedrivit djursjukvårdsverksamhet till sällskapsdjur under perioden mellan 2020 och maj 2025, när verksamheten startades i de fall där verksamheten startades under perioden, och om företaget ingår i en koncern eller förvärvats av någon koncern. Dessutom fick företag ange antal årliga patientbesök under 2020–2024. Till slut fick företagen besvara om företagen själva har förslag på åtgärder för att förbättra pristransparensen inom djursjukvården.

I excelfilen efterfrågades prisuppgifter för kostnadsposter för ett stort antal behandlingar och åtgärder. Vilka behandlingar eller åtgärder som klinikerna lämnade in prisuppgifter för utgjordes av de vanligaste behandlingarna som kliniken utförde inom de 20 vanligaste diagnoskoderna i diagnosregistret Pyramidion, för hund respektive katt. Uppgifter som företagen ombads att fylla i är, för respektive kostnadspost mellan 2020 och maj 2025:¹² ordinarie pris, pris inklusive akuttillägg och antal¹³. Företagen fick även ange om priset för kostnadsposten finns på klinikens webbplats eller ej. Vidare efterfrågades även motsvarande uppgifter för ett urval av profylaktiska åtgärder.

Diagnoskoderna, vilka klinikerna utgick ifrån för att identifiera de behandlingar och kostnadsposter som prisuppgifter skulle lämnas in för, utgick från de 20 vanligast förekommande diagnoskoderna för hundar och katter för icke-profylaktisk vård hos ett par större djurförsäkringsbolag. Diagnoskoderna är definierade utifrån Pyramidion – det mest använda diagnosregistret för svensk djursjukvård.

Åläggandet samråddes med Gröna Arbetsgivare före utskick.

2.3 Lärdomar från åläggandesvaren om datamognaden i branschen

Det kan konstateras att många kliniker som mottog åläggandet mötte utmaningar i varierande utsträckning med att besvara detta. Utmaningarna uppkom bland annat på grund av bristande tillgång till data eller journalsystem som inte var utformade på ett sådant sätt att data var lättillgänglig. Ett antal kliniker tog därför kontakt med Konkurrensverket för att få vägledning i hur de kunde besvara åläggandet på bästa sätt. Vidare behövde en del kliniker inte lämna in data för alla år som efterfrågades

¹² Om en klinik hade startat sin verksamhet under perioden 2020–maj 2025 fick kliniken inkomma med prisuppgifter från det år som kliniken startades. Vidare hade en del kliniker inte möjlighet att inkomma med data för vissa år på grund av att de exempelvis hade bytt journalsystem under tidsperioden. Detta innebär att det finns data för fler kliniker per år under de senaste åren i tidsspannet.

¹³ Endast en mindre andel av klinikerna hade möjlighet att inkomma med uppgifter om antal.

då de exempelvis inte hade tillgång till data från tidigare år på grund av byte av journalsystem.

Konkurrensverket kan, baserat på de lärdomar som drogs under den tidsperiod när åläggandet skulle besvaras, konstatera att datamognaden hos kliniker många gånger brister. Vi konstaterar att väldigt få kliniker, på grund av begränsningar i datatillgång, kunde lämna in kompletta uppgifter avseende den information som efterfrågades. För att få in information om såväl priser som frekvens för de kostnadsposter som ingår i behandlingar för en uppsättning av de vanligaste diagnoskoderna krävdes följande information:

1. Antal gånger varje kostnadspost hos en klinik har blivit utförd per år grupperat på respektive diagnoskod.
2. Priset för varje kostnadspost för ett specifikt år.

Endast en handfull kliniker i urvalet för Konkurrensverkets åläggande kunde ta fram *båda* dessa uppgifter med stöd av sina administrativa system för hela tidsperioden.¹⁴ Särskilt hade endast en mindre andel av klinikerna möjlighet att inkomma med uppgifter om antal.

I det följande sammanfattar vi hur dessa utmaningar för klinikerna att lämna in kompletta svar påverkat den data som vi baserat analyserna i rapporten på. Bristen på data avseende "antal" påverkar inte de analyser som vi redovisar i rapporten.¹⁵ I övrigt kan konstateras att mängden data som har skickats in varierar från klinik till klinik. Det kan vidare konstateras att data har bäst kvalitet på kostnadspostnivå (priser för kostnadsposter per år), det vill säga på den nivå som analyserna är genomförda.¹⁶

¹⁴ Alternativt för den del av perioden som en klinik har varit verksam.

¹⁵ Däremot innebär detta att vi inte kunde genomföra en planerad analys.

¹⁶ Med undantag för en mindre analys i avsnitt 4.3.4. Förekomsten av olika kostnadsposter varierar även över tid hos vissa kliniker. Det kan bero på att kliniker har börjat eller slutat erbjuda vissa åtgärder, men även på att kliniker har ändrat sin prissättningsstruktur, alternativt ändrat benämningar på kostnadsposter. Se mer om detta i avsnitt 4.3.4 i rapporten.

3 Bilaga 3. Modeller för analys av pristransparensens påverkan på prisutvecklingen inom icke-profylaktisk vård

I avsnitt 4.2.3 i rapporten redogörs resultatet av den ekonometriska analysen som Konkurrensverket har gjort av pristransparensens påverkan på prisutvecklingen. I den här bilagan presenterar vi mer utförlig information om modelluppställningen, datahantering och estimeringar.

Modellerna baseras främst på data om priser och måttet "transparens"¹⁷ för olika kostnadsposter från klinikerna som svar på det åläggande som Konkurrensverket skickade ut i maj 2025.¹⁸ De baseras även på publik information såsom klinikernas geografiska belägenhet, storlek och öppettider.

Vi har genomfört en kategorisering av kostnadsposterna i samråd med en veterinärmedicinsk expert, och resultatet har även kvalitetsgranskats av samma expert. Med hjälp av en språkmodell (Chat GPT) har vi skapat två kategoriska variabler ("huvudgrupper" och "undergrupper") som delar in kostnadsposter i olika grupper beroende på vilken typ av åtgärd som kostnadsposten avser. I denna bilaga kommer vi att beskriva huvudgruppernas och undergruppernas funktion i modellerna.¹⁹

Modellerna skattas med minsta-kvadratmetoden (Ordinary Least Squares, OLS) med klustrade standardfel och följer den funktionella formen nedan. Estimeringarna, som presenteras längre ned i denna bilaga, har gjorts med flera olika kombinationer av kontrollvariabler, men samtliga estimeringar som vi redogör för i den här bilagan baseras på modell 1 eller modell 2.

$$\Delta P_{kit} = \beta_0 + T_{ki}\beta_1 + \sum_{\rho=1}^P (\mathbf{D}_{\rho} \times T_{ki})' \boldsymbol{\beta}_{\rho}^T + \boldsymbol{\theta} \mathbf{C}'_{\rho it} + \varepsilon_{kit} \quad (1)$$

och

$$\Delta P_{kit} = \beta_0 + T_{ki}\beta_1 + \sum_{\rho=1}^P (\mathbf{D}_{\rho} \times T_{ki})' \boldsymbol{\beta}_{\rho}^T + \sum_{t=1}^T (\mathbf{W}_t \times T_{ki})' \boldsymbol{\beta}_t^W + \boldsymbol{\theta} \mathbf{C}'_{\rho it} + \varepsilon_{kit} \quad (2)$$

där $\mathbf{C}'_{\rho it} \boldsymbol{\theta}$ i (1) och (2) utgörs av

$$\boldsymbol{\theta} \mathbf{C}'_{\rho it} = \sum_{\rho=1}^P \mathbf{D}_{\rho}' \mathbf{y}_{\rho} + \mathbf{X}_i' \boldsymbol{\alpha} + \mathbf{Z}_{it}' \boldsymbol{\phi} + \mathbf{W}_t' \boldsymbol{\omega} + \sum_{\rho=1}^P (\mathbf{D}_{\rho} \times \mathbf{X}_i)' \boldsymbol{\lambda}_{\rho} + \sum_{\rho=1}^P (\mathbf{D}_{\rho} \times \mathbf{Z}_{it})' \boldsymbol{\delta}_{\rho} + \sum_{\rho=1}^P (\mathbf{D}_{\rho} \times \mathbf{W}_t)' \boldsymbol{\kappa}_{\rho}$$

¹⁷ Priser räknas som transparenta om priset för kostnadsposten finns på klinikens webbplats, dvs. om kunden kan ta reda på priset för en kostnadspost utan att besöka kliniken eller ta kontakt med kliniken på något annat sätt. Således används "pris finns på webbplats" på frågan i Konkurrensverkets åläggande som ett mått för transparens. Detta är ett smalt men mätbart mått på transparens.

¹⁸ Se bilaga 2 för en beskrivning av metoden för urvalet av klinikerna som fick åläggandet. Klinikerna valdes ut genom ett stratifierat slumpmässigt urval. Alla kliniker/djursjukhus som har öppet dygnet runt året om inkluderades manuellt.

¹⁹ Se bilaga 4 för mer information om metoden för kategoriseringen, inklusive resultatet av kvalitetsgranskningen.

Notationerna k , i och t anger kostnadspost (k), klinik (i) och tid (t) och ε_{kit} är feltermen.

Beroendevariabeln ΔP_{kit} utgörs av den procentuella förändringen i pris, i stället för pris. Det beror främst på att det finns stor variation i prisnivå även inom kostnadspostgrupperna.²⁰ Vidare är syftet med modellen att undersöka pristransparensens påverkan på prisutvecklingen, till skillnad från transparensens påverkan på prisnivån.²¹

Den huvudsakliga variabeln av intresse (förklaringsvariabeln) är dummyvariabeln T_{ki} , som anger om priset på en kostnadspost finns publicerad på klinikens webbplats.²²

D_ρ , W_t , X_i och Z_{it} är vektorer av kontrollvariabler. D_ρ är en vektor med dummyvariabler för olika kostnadspostgrupper, där ρ är en notation för respektive grupp.²³ I modellen inkluderas antingen huvudgrupper eller undergrupper. Vektorn med dummyvariabler används såväl i interaktioner med andra kontrollvariabler som i interaktioner med förklaringsvariabeln T_{ki} . W_t är en vektor med dummyvariabler för ett antal tidsperioder. X_i är en vektor med kliniks specifika kontrollvariabler, som klinikens storlek, klinikens geografiska belägenhet och öppettider. Vilka kontrollvariabler som ingår i vektorn X_i varierar mellan estimeringarna, då vi har flera alternativa kontrollvariabler för storlek, öppettider och klinikens geografiska belägenhet.²⁴ Z_{it} är en vektor med kontrollvariabler som anger eventuell koncern-tillhörighet. Koncern-tillhörigheten kan i vissa fall variera över tid på grund av att det finns kliniker i data som har förvärvats av en koncern under tidsperioden. Samtliga estimeringar har gjorts med klustrade standardfel på kliniknivå.²⁵

Den huvudsakliga parameteren av intresse är β_1 i (1) och (2), tillsammans med β_ρ^T . Dessa uppskattade estimat anger effekten av transparens, mätt som att priset på kostnadsposten finns publicerad på klinikens webbplats, på prisutvecklingen ΔP_{kit} . I modell 2 tilläts även effekten av transparens på prisutvecklingen variera över tid genom interaktionstermerna $\sum_{t=1}^T (W_t \times T_{ki})' \beta_t^W$. I modell 2 uppskattas därför effekten av transparens genom nettoeffekten över tid (β_1 och $\sum_{t=1}^T \beta_t^W$). Vi tolkar dock inte de separata estimerade förändringarna över tid $\sum_{\rho=1}^T \beta_t^W$.

²⁰ Se mer om kostnadspostgruppernas roll i modellerna lite längre ned. Grupperna hade behövt sättas på en betydligt mer detaljerad nivå för att vi skulle använda P_{kit} som beroendevariabel, eftersom priserna inom huvudgrupperna och undergrupperna inte är jämförbara (till skillnad från prisförändringen).

²¹ Det innebär att modellen undersöker transparensens påverkan på prisutvecklingstakten för kostnadsposter i stället för nivåskillnader i pris mellan transparenta och icke-transparenta kostnadsposter.

²² Variationen i denna variabel är förmodligen endogen i modellen i och med att klinikerna väljer om de ska publicera priser på sin webbplats eller inte.

²³ Se vilka grupper som finns i tabell 2.

²⁴ Vi kommer att redogöra för flera estimeringar med olika kontrollvariabler. Observera att kontrollvariabler för storlek och öppettider aldrig används samtidigt på grund av risken för multikollinearitet.

²⁵ Vi har även gjort samma estimeringar med heteroskedasticitetsrobusta standardfel (HC3). Standardfelen är mycket lika när vi jämför de klustrade standardfelen och de robusta standardfelen. De klustrade standardfelen är dock något mindre.

Modellen nyttjar det faktum att det finns stor heterogenitet i data mellan olika typer av åtgärder och kostnader. Kostnadsposterna för icke-profylaktisk vård omfattar en mycket stor mängd olika typer av åtgärder och kostnader. Modellen baseras således inte på exempelvis variation i tid,²⁶ utan i stället på variation mellan olika typer av tjänster och produkter.²⁷ Detta gör vi genom att använda de grupper av kostnadsposter som vi har tagit fram genom kategorisering av kostnadsposterna, med hjälp av en språkmodell och med stöd av en veterinärmedicinsk expert.

I avsnitt 4.1.3 i rapporten framgår det att prisutvecklingen skiljer sig åt mellan olika huvudgrupper och undergrupper av kostnadsposter. Vidare framgår det i tabell 4 i avsnitt 4.2.1 att det är stor skillnad i andelen transparenta priser mellan olika huvudgrupper och undergrupper. Detta indikerar att det kan finnas samverkans-effekt mellan grupperna och transparensen avseende effekten på prisutvecklingen. Detta gäller särskilt undergrupperna då det finns skillnader i andelen transparenta kostnadsposter även mellan undergrupper inom samma huvudgrupper. Ett exempel på detta är huvudgruppen Behandling (inkl. kirurgi), där de flesta transparenta priser ingår i undergruppen Tandvård. Vi förväntar oss således att modellen kommer att fungera bättre med undergrupperna.²⁸

Slutligen kan det tilläggas att det framgår i tabell 3 i avsnitt 4.2.1 i rapporten att det är ovanligt att kliniker har priser på sina webbplatser för kostnadsposter för åtgärder och kostnader inom icke-profylaktisk vård. I data är majoriteten av alla kostnadsposter inom icke-profylaktisk vård inte transparenta, dvs. att förklaringsvariabeln T_{ki} antar värdet 0 för majoriteten av kostnadsposterna. Detta bör dock inte utgöra ett skäl för att standardfelen kan bli höga, eftersom andelen kostnadsposter där T_{ki} antar värdet 1 ändå är omkring 6–7 procent.

I tabell 1 presenterar vi vilka variabler som har använts. Tabellen inkluderar inte de interaktioner mellan variabler som använts i modellerna.

Tabell 1 Aktuella variabler

Variabel/benämning	Ursprung	Syfte/motivering	Detaljer och datahantering
Procentuell förändring i pris (ln)	Kliniker (åläggandesvar)	Beroende variabel (ΔP_{kit}).	Den logaritmerade skillnaden i ordinarie pris, multiplicerat med 100. Detta är en approximation av den procentuella förändringen i ordinarie pris från år till år, per kostnadspost och klinik. Detta beräknas som $\Delta P_{kit} = [\ln(P_{kit}) - \ln(P_{kit-1})] \times 100$

²⁶ Vi känner inte till den historiska variationen av transparens. I åläggandet efterfrågades inte information om huruvida kostnadsposternas priser var publicerade på klinikernas hemsidor under tidigare år, eftersom vi förväntade oss att klinikerna inte hade tillgång till denna information.

²⁷ Med produkter avses på denna marknad exempelvis kostnadsposter som täcker kostnaden för läkemedel.

²⁸ Andelen av den totala variansen i transparens-variabeln som förklaras av undergrupperna är betydligt högre än andelen av den totala variansen i transparens-variabeln som förklaras av huvudgrupperna.

Variabel/benämning	Ursprung	Syfte/motivering	Detaljer och datahantering
Transparens	Kliniker (åläggandesvar)	Modellernas förklarande variabel (T_{ki}).	Är en binär variabel som antar värdet 1 om kliniken har angett att priset på kostnadsposten finns på kliniken webbplats, och 0 i övriga fall. I enstaka fall har kliniken i åläggandet angett ett annat svar än "ja" eller "nej" på frågan om priset finns på kliniken webbplats. Då har det antagits att svaret motsvarar "1", transparent, eller "0", ej transparent. Exempel på detta är enstaka kostnadsposter där svaret börjar på "delvis". Dessa kostnads- poster har angetts som transparenta.
Huvudgrupp (kostnadspostgrupp): Se huvudgrupperna i tabell 2.	Huvudgrupperna har tagits fram av Konkurrensverket tillsammans med en veterinär. Vilken huvudgrupp och undergrupp som respektive kostnadspost ingår i har kategoriserats av en språkmodell (Chat GPT). Kostnadsposterna har namngetts av kliniker (åläggandesvar).	Kontrollvariabler för huvudgrupper av olika typer av kostnadsposter (H), ..., (H_{17}). Används inte tillsammans med undergrupperna i estimeringar.	Respektive huvudgruppsvariabel (H_1), ..., (H_{17}) är en binär variabel som antar värdet 1 om kostnadsposten tillhör undergruppen, 0 i övriga fall. Se mer information om kategoriseringen av kostnadsposter i huvudgrupper och undergrupper i bilaga 4. Kategoriseringen har kvalitetsgranskats av en veterinär.
Undergrupp (kostnadspostgrupp): Se vilka undergrupper som ingår i respektive huvudgrupp i tabell 2.	Vilka undergrupper som ingår i respektive huvudgrupp har tagits fram av Konkurrensverket tillsammans med en veterinär. Vilken huvudgrupp och undergrupp som respektive kostnadspost ingår i har kategoriserats av en språkmodell (Chat GPT). Kostnadsposterna har namngetts av kliniker (åläggandesvar).	Kontrollvariabler för undergrupper av olika typer av kostnads- poster (U_1), ..., (U_{17}). Används inte tillsammans med huvudgrupperna i estimeringar.	Respektive undergruppsvariabel (U_1), ..., (U_{17}) är en binär variabel som antar värdet 1 om kostnadsposten tillhör undergruppen, 0 i övriga fall. Se mer information om kategoriseringen av kostnadsposter i huvudgrupper och undergrupper i bilaga 4. Kategoriseringen har kvalitetsgranskats av en veterinär.
2021–2022	Konkurrensverket	Kontrollvariabel ($\text{\AA}R_1$) för årseffekt.	Är en binär variabel som antar värdet 1 för prisförändringar 2021–2022, 0 för övriga år.
2022–2023	Konkurrensverket	Kontrollvariabel ($\text{\AA}R_2$) för årseffekt.	Är en binär variabel som antar värdet 1 för prisförändringar 2022–2023, 0 för övriga år.
2023–2024	Konkurrensverket	Kontrollvariabel ($\text{\AA}R_3$) för årseffekt.	Är en binär variabel som antar värdet 1 för prisförändringar 2023–2024, 0 för övriga år.

Variabel/benämning	Ursprung	Syfte/motivering	Detaljer och datahantering
Anicura	Konkurrensverket	Kontrollvariabel för koncerntillhörighet (A_{it}).	Är en binär variabel som antar värdet 1 om kliniken tillhör Anicura, och 0 i övriga fall. Det finns enstaka tidsvariation i variabeln, eftersom det finns kliniker i data som har förvärvats av Anicura under tidsperioden. Om en klinik har förvärvats av Anicura under ett år antas kliniken tillhöra Anicura för det året om förvärvet skedde under perioden 1 januari–30 juni, medan kliniken inte antas tillhöra Anicura för det året om förvärvet skedde under perioden 1 juli–31 december.
Evidensia	Konkurrensverket	Kontrollvariabel för koncerntillhörighet (E_{it}).	Är en binär variabel som antar värdet 1 om kliniken tillhör Evidensia, och 0 i övriga fall. Det finns enstaka tidsvariation i variabeln, eftersom det finns kliniker i data som har förvärvats av Evidensia under tidsperioden. Om en klinik har förvärvats av Evidensia under ett år antas kliniken tillhöra Evidensia för det året om förvärvet skedde under perioden 1 januari–30 juni, medan kliniken inte antas tillhöra Evidensia för det året om förvärvet skedde under perioden 1 juli–31 december.
Svenska Veterinärgruppen	Konkurrensverket	Kontrollvariabel för koncerntillhörighet (SV_{it}).	Är en binär variabel som antar värdet 1 om kliniken tillhör Svenska Veterinärgruppen, och 0 i övriga fall. Det finns tidsvariation i variabeln, eftersom flera kliniker i data har förvärvats av Svenska Veterinärgruppen under tidsperioden. Om en klinik har förvärvats av Svenska Veterinärgruppen under ett år antas kliniken tillhöra Svenska Veterinärgruppen för det året om förvärvet skedde under perioden 1 januari–30 juni, medan kliniken inte antas tillhöra Svenska Veterinärgruppen för det året om förvärvet skedde under perioden 1 juli–31 december.

Variabel/benämning	Ursprung	Syfte/motivering	Detaljer och datahantering
Landsdelsdummies: Götaland, Svealand och Norrland.	Konkurrensverket, baserat på uppgifter från Infotorg om det län där kliniken är registrerad eller aktiv.	Geografiska kontrollvariabler (G_i), (S_i) och (N_i). Används inte tillsammans med variabeln Mindre stad/landsbygdskommun eller variabeln Storstadsområde.	G_i är en binär variabel som antar värdet 1 om kliniken ligger i Götaland, och 0 i övriga fall. S_i är en binär variabel som antar värdet 1 om kliniken ligger i Svealand, och 0 i övriga fall. N_i är en binär variabel som antar värdet 1 om kliniken ligger i Norrland, och 0 i övriga fall.
Mindre stad/landsbygds-kommun	Konkurrensverket, baserat på SKR:s kommungruppsindelning ²⁹ samt uppgifter från Infotorg om den kommun där kliniken är registrerad eller aktiv.	Geografisk kontrollvariabel (M_i). Används inte tillsammans med Landsdelsdummies eller variabeln Storstadsområde.	M_i är en binär variabel som antar värdet 1 om kliniken ligger i en kommun som ingår i kommungrupp C: <i>Mindre städer/tätorter och landsbygdskommuner</i> i SKR:s kommungruppsindelning. I övriga fall antar variabeln värdet 0.
Storstadsområde	Konkurrensverket, baserat på SCB:s förteckning ³⁰ över vilka kommuner som ingår i den regionala indelningen Storstadsområden, samt uppgifter från Infotorg om den kommun där kliniken är registrerad eller aktiv.	Geografisk kontrollvariabel (ST_i). Används inte tillsammans med Landsdelsdummies eller variabeln Mindre stad/landsbygds-kommun.	ST_i är en binär variabel som antar värdet 1 om kliniken ligger i en kommun som tillhör ett Storstadsområde, och 0 i övriga fall.
Storleksdummies: 1–5 anställda, 6–10 anställda, 11–15 anställda, 16–30 anställda, 31–75 anställda, 76+ anställda	Konkurrensverket, baserat på uppgifter från Infotorg, alternativt information från kliniker.	Kontrollvariabler för storlek ($ANST_{1,i}$, $ANST_{2,i}$, $ANST_{3,i}$, $ANST_{4,i}$, $ANST_{5,i}$, $ANST_{6,i}$). Används inte tillsammans med variabeln Öppettider eller variabeln Dygnet runt.	$ANST_{1,i}$, ..., $ANST_{6,i}$ är binära variabler där respektive variabel antar värdet 1 om antalet anställda hos en klinik ligger inom det namngivna intervallet, och 0 i övriga fall.
Öppettider	Konkurrensverket, baserat på inhämtad information från klinikernas webbplatser.	Kontrollvariabel för kliniken typ i form av Öppettider ($\ddot{O}_i$). Används inte tillsammans med Storleksdummies eller variabeln Dygnet runt.	Numerisk variabel där klinikerna kategoriseras in på en skala mellan 1–5 beroende på hur många timmar kliniken har öppet per vecka: 1: färre än eller lika med 35 timmar per vecka. 2: 35–45 timmar per vecka. 3: 45–60 timmar per vecka 4: mer än 60 timmar vecka 5: dygnet runt året om.

²⁹ SKR (2022). Sveriges Kommuner och Regioners kommungruppsindelning 2023.

³⁰ SCB, Regionala indelningar i Sverige den 1 januari 2019 Meddelanden i samordningsfrågor för Sveriges officiella statistik, MIS 2019:1.

Variabel/benämning	Ursprung	Syfte/motivering	Detaljer och datahantering
Dygnet runt	Konkurrensverket	Kontrollvariabel för kliniker som är öppna dygnet runt året om (D_i).	D_i är en binär variabel som antar värdet 1 om kliniken är öppen dygnet runt året om, och 0 i övriga fall.
		Används inte tillsammans med Storleksdummies eller variabeln Öppettider.	
Procentuell förändring i antalet patientbesök (ln)	Kliniker (äläggandesvar)	Kontrollvariabel för att inkludera effekter på priset av efterfrågan (ΔB_{it}).	Den logaritmerade skillnaden i antalet patientbesök, multiplicerat med 100. Detta är en approximation av den procentuella förändringen i antalet patientbesök från år till år, per klinik. Variabeln används som ett mått på förändringar i efterfrågan hos respektive klinik. Detta beräknas som $\Delta B_{kit} = [\ln(B_{kit}) - \ln(B_{kit-1})] \times 100$

I tabell 2 framgår vilka huvudgrupper som finns, och vilka undergrupper som ingår i respektive huvudgrupp.³¹

Tabell 2 Lista över vilka huvudgrupper som finns och vilka undergrupper som ingår i respektive huvudgrupp

Huvudgrupp	Undergrupper
Besöksavgifter	Poliklinikavgifter och undersökningsavgifter
	Jour- och akutavgifter
Diagnostik	Laboratorieprov (blod)
	Laboratorieprov (urin och avföring)
	Laboratorieprov (övrigt)
	Bilddiagnostik (DT/CT)*
	Bilddiagnostik (UL)
	Bilddiagnostik (MR/MRI)**
	Bilddiagnostik (röntgen)
Behandling (inkl. kirurgi)	Tandvård
	Kirurgi (mjukdel)
	Kirurgi (ortopedi)
	Anestesi
	Stationärvård, dagavgifter och inskrivningsavgift
Läkemedel	Läkemedel
	Receptarvode

³¹ Se mer i bilaga 4 för information om metoden för kategorisering av kostnadsposterna till respektive grupp.

Huvudgrupp	Undergrupper
Avlivning och kremering³²	Avlivning
	Kremering och omhändertagande
Övrigt (Ospecificerad/komplex kostnadspost)	

Noter: *, ** Bilddiagnostik (DT/CT) och Bilddiagnostik (MR/MRI) exkluderades från dataunderlaget i estimeringarna med undergrupper, då det råder perfekt multikollinearitet mellan dessa kategorier och koncern tillhörighet. Det beror på att det endast är kostnadsposter från några enskilda kliniker/djursjukhus med koncern tillhörighet som har kategoriserats in i dessa undergrupper.

3.1 Estimeringar av modell 1 och 2 med undergrupper

I tabell 3–tabell 6 redovisas resultatet för estimeringar av pristransparensens påverkan på prisutvecklingen, där undergrupper av kostnadsposter används i estimeringen som samverkande kontrollvariabler. Varje tabell (3–6) inkluderar två estimeringar.

Antalet tillgängliga kontrollvariabler innebär att vi har kunnat göra fler estimeringar än vad som redovisas i denna bilaga. De estimeringar som exkluderas från bilagan har inte visat resultat som avviker betydande från de estimeringar som redovisas i tabell 3–tabell 6 nedan.³³

De modeller vi skattat ger konsekvent resultat som man skulle förvänta sig om transparens hade en viss dämpande effekt på prisökningstakten, även när vi – så långt vår data tillåter – kontrollerar för möjliga alternativa förklaringsfaktorer.

Den skattade storleken på den dämpande effekten skiljer sig åt mellan modellerna. I modell 2 varierar dessutom effekten från år till år. Det finns inga tydliga skäl att förvänta sig att den dämpande effekten av transparens skulle variera mycket från år till år. Därför måste man vara öppen för möjligheten att det mått på transparens vi använder i modellerna samvarierar med någon annan faktor som inte fångas av våra kontrollvariabler men som påverkar prisökningstakten. En sådan situation skulle innebära att den sanna kausala effekten³⁴ av transparens blandas samman

³² Eftersom analysen har gjorts på data som avser icke-profylaktisk vård, ingår kostnadsposter som klassificeras som Avlivning och kremering endast i de fall där klinikerna har inkluderat sådana kostnadsposter inom ramen för en behandling vid icke-profylaktisk vård. Detta gäller exempelvis för sjukdomar där det kan förekomma att vården avslutas genom avlivning och kremering.

³³ Avseende modell 1, har estimeringar även gjorts med:

- dummy för Mindre stad/landsbygdskommun i stället för Landsdelsdummies (tillsammans med såväl Öppettider, Dygnet runt och med Storleksdummies),

- Dygnet runt-dummy i stället för Öppettider eller Storleksdummies (tillsammans med Landsdelsdummies).

För modell två har även en estimering gjorts med Dygnet-runt-variabeln i stället för Storlek eller Öppettider-variabeln tillsammans med Landsdelsdummies.

Detta gäller när såväl undergrupper som huvudgrupper används.

³⁴ Med kausal effekt av transparens avses den förändring i prisutveckling man skulle se om en kostnadspost övergick från att vara icke-transparent till att vara transparent *allt annat lika*.

med effekten av denna utelämnade faktor. Vi är därför försiktiga med att tolka resultaten av analysen som en kausal effekt av transparens.

I tabell 3 framgår estimeringar som har gjorts för modell 1 med undergrupper. I estimering 1 och 2 i tabell 3 inkluderas ett antal årseffekter (2021–2022, 2022–2023 och 2023–2024) för att fånga upp skillnader i prisutvecklingen över tid som inte beror på faktorer som kontrolleras för i modellen. Däremot inkluderas ingen interaktion mellan transparens och år i dessa estimeringar. Både estimering 1 och 2 inkluderar Landsdelsdummies som geografisk kontrollvariabel, utöver övriga gemensamma kontrollvariabler. Utöver dessa kontrollvariabler inkluderar estimering 1 Öppettider som kontrollvariabel för klinikernas typ, medan estimering 2 inkluderar Storleksdummies som kontrollvariabel för klinikernas storlek. Effekten av transparens på prisutvecklingen är negativ men inte signifikant på en 5-procentig nivå³⁵ i estimering 1 och estimering 2 för alla undergrupper utom två.

Mer specifikt kan effekten av transparens observeras genom att studera estimatet $\widehat{\beta}_1$ och estimaten $\widehat{\beta}_\rho^T \cdot \widehat{\beta}_1$ utgör estimatet för den undergrupp som är referenskategori. För övriga undergrupper är summan av $\widehat{\beta}_1$ och $\widehat{\beta}_\rho^T$ måttet på den marginella effekten av transparens på prisutvecklingen. Estimatet $\widehat{\beta}_\rho^T$ för övriga kostnadspostgrupper ρ är dock inte signifikant skilda från noll, dvs. att tolkningen av resultatet inte ändras. Det gäller i såväl estimering 1 som 2 för alla övriga undergrupper utom två undergrupper inom Diagnostik, Bilddiagnostik (röntgen) och Laboratorieprov (övrigt), som har signifikanta positiva estimat. Dessa estimat tolkas inte mer ingående, givet att resultatet för just dessa undergrupper baseras på få transparenta kostnadsposter. För enkelhetens skull har vi inte redovisat estimaten $\widehat{\beta}_\rho^T$ separat.

Resultaten måste tolkas med försiktighet av skäl som framgår ovan. Om man väljer att tolka estimatet för transparens T_{ki} i estimering 1 och 2 som en faktisk och kausal effekt, bör estimatet avläsas på så vis att den genomsnittliga förändringen i pris uppskattas vara omkring 3 procentenheter lägre för kostnadsposter där priset finns publicerat på klinikens webbplats, jämfört med prisförändringen på kostnadsposter där priset inte finns publicerat på klinikens webbplats.³⁶

³⁵ Detta innebär att det finns en icke-försumbar risk att sambandet mellan transparens och prisutveckling är ett resultat av slumpmässiga variationer, baserat på den konventionella nivån för signifikans vid $p < 0,05$. I estimering 1 och 2 överstiger p-värdet denna signifikansnivå med 0,01 respektive 0,002.

³⁶ Exklusive kostnadsposter inom Bilddiagnostik (röntgen) och Laboratorieprov (övrigt).

Tabell 3 Modell 1 med undergrupper, estimering 1 och 2

Modell 1	Estimering 1	Estimering 2
Konstant	1,120 (0,895) [0,211]	-0,135 (1,469) [0,927]
Transparens, T_{ki}	-2,964 (1,576) [0,060]	-3,013 (1,551) [0,052]
2021–2022	2,081 (0,706) [0,003]	2,070 (0,696) [0,003]
2022–2023	7,585 (0,705) [$<0,001$]	7,324 (0,703) [$<0,001$]
2023–2024	8,172 (0,694) [$<0,001$]	7,683 (0,703) [$<0,001$]
Antalet observationer	64 575	64 575
Antalet observationer där T_{ki} = 1	4 242	4 242
Kontrollvariabler som skiljer sig åt mellan modeller	Öppettider, Landsdelsdummies	Storleksdummies, Landsdelsdummies
Kontrollvariabler som ingår i alla modeller	Procentuell förändring i antalet patientbesök (ln), år, dummies för kedjetillhörighet och grupperade kostnadsposter, och interaktioner mellan dummies för grupperade kostnadsposter och övriga kontrollvariabler samt interaktioner mellan dummies för grupperade kostnadsposter och T_{ki}	Procentuell förändring i antalet patientbesök (ln), år, dummies för kedjetillhörighet och grupperade kostnadsposter, och interaktioner mellan dummies för grupperade kostnadsposter och övriga kontrollvariabler samt interaktioner mellan dummies för grupperade kostnadsposter och T_{ki}
År som data finns för	2020–2024	2020–2024
Kostnadspostgrupper	Undergrupper	Undergrupper
Standardfel	Klustrade på klinik	Klustrade på klinik

Noter: Standardfel visas inom parentes () och p-värde visas inom hakparentes [].

Estimeringarna i tabell 4–6 visar modell 2 med undergrupper, en utökad modell jämfört med modell 1 som också inkluderar interaktioner mellan transparens T_{ki} och år.

I tabell 4 inkluderar både estimering 3 och 4 Landsdelsdummies som geografisk kontrollvariabel, utöver övriga gemensamma kontrollvariabler. Estimering 3 inkluderar även Öppettider som kontrollvariabel för klinikernas typ, medan estimering 4 inkluderar Storleksdummies som kontrollvariabel för klinikernas storlek. Såväl effekten av T_{ki} som effekten av respektive interaktion mellan T_{ki} och år har signifikanta estimat på en nivå under 0,001. Liksom i modell 1 kan effekten av transparens under basåret 2020–2021 observeras genom att studera estimatet $\widehat{\beta}_1$ och estimaten $\widehat{\beta}_\rho^T$. $\widehat{\beta}_1$ utgör estimatet för den undergrupp som är referenskategori. För övriga undergrupper är summan av $\widehat{\beta}_1$ och $\widehat{\beta}_\rho^T$ måttet på den marginella effekten av transparens på prisutvecklingen. Estimatet $\widehat{\beta}_\rho^T$ för övriga kostnadspostgrupper ρ är dock inte signifikant skilda från noll, dvs. att tolkningen av resultatet inte ändras. Det gäller i såväl estimering 1 som 2 för alla övriga undergrupper utom två undergrupper inom Diagnostik, Bilddiagnostik (röntgen) och Laboratorieprov (övrigt),

³⁷ För enkelhetens skull redovisas dessa estimat inte separat.

där $\widehat{\beta}_p^T$ är signifikant skilda från noll, vilket totalt sett ger en insignifikant effekt av transparensen för 2020–2021 för dessa två undergrupper.

Den uppskattade nettoeffekten av pristransparensen på prisutvecklingen för respektive år, exklusive basåren 2020–2021, kan observeras genom att summera estimatet för T_{ki} , (år) * T_{ki} och (undergrupp) * T_{ki} . Även signifikansen hos dessa summerade estimat kan undersökas. Vi finner då att nettoeffekten av transparens på prisutvecklingen 2021–2022 respektive 2022–2023 inte är signifikant skild från noll för alla undergrupper utom Bilddiagnostik (röntgen) och Laboratorieprov (övrigt). Samtidigt finner vi att nettoeffekten av transparens på prisutvecklingen år 2023–2024 är negativ och signifikant skild från noll på en 5-procentig nivå³⁸ för alla undergrupper utom Bilddiagnostik (röntgen) och Laboratorieprov (övrigt). För de två undergrupperna inom Diagnostik Bilddiagnostik (röntgen) och Laboratorieprov (övrigt) är nettoeffekten positiv och signifikant skild från noll på en 5-procentig nivå, men som beskrivits ovan tolkas inte detta resultat mer ingående.

Det kan således konstateras att effekten enligt estimering 3 och 4 varierar över tid³⁹, och även i viss utsträckning mellan vissa grupper. Återigen måste resultaten tolkas med försiktighet av skäl som framgår ovan. Om man väljer att tolka estimatet av effekten av transparens i estimering 3 som en kausal effekt bör den avläsas så att den genomsnittliga förändringen i pris 2023–2024 uppskattas vara ca 4,4⁴⁰ procentenheter lägre för kostnadsposter där priset finns publicerat på klinikens webbplats, jämfört med prisförändringen hos kostnadsposter där priset inte finns publicerat på klinikens webbplats.⁴¹ För år 2020–2021 (basåren) uppskattas effekten vara större (mer prisdämpande effekt).⁴²

Tabell 4 Modell 2 med undergrupper, estimering 3 och 4

Modell 2	Estimering 3	Estimering 4
Konstant	1,817 (2,157) [0,400]	5,679 (3,868) [0,142]
Transparens, T_{ki}	-8,400 (1,695) [<0,001]	-8,003 (1,680) [<0,001]
(2021–2022) * T_{ki}	7,158 (0,858) [<0,001]	6,576 (0,847) [<0,001]
(2022–2023) * T_{ki}	5,554 (0,820) [<0,001]	5,050 (0,813) [<0,001]
(2023–2024) * T_{ki}	4,050 (0,814) [<0,001]	3,766 (0,803) [<0,001]
2021–2022	10,305 (1,578) [<0,001]	10,194 (1,561) [<0,001]
2022–2023	10,055 (1,600) [<0,001]	9,966 (1,595) [<0,001]
2023–2024	7,986 (1,278) [<0,001]	7,672 (1,286) [<0,001]

³⁸ Wald-testet för referensgruppen ger p-värdet 0,03028 för estimering 3, och p-värdet 0,04655 för estimering 4.

³⁹ Vi har dock valt att inte göra en mer ingående tolkning av detta, då vi tolkar resultaten av samtliga modeller med viss försiktighet på grund av risken för att det kan finnas icke observerade faktorer som påverkar relationen mellan pristransparens och prisutvecklingen.

⁴⁰ $-8,400 + 4,050 = -4,35$.

⁴¹ Exklusive kostnadsposter inom Bilddiagnostik (röntgen) och Laboratorieprov (övrigt).

⁴² Det kan avläsas att den genomsnittliga förändringen i pris 2020–2021 uppskattas vara 8,4 procentenheter lägre för kostnadsposter där priset finns publicerat på klinikens webbplats, jämfört med prisförändringen hos kostnadsposter där priset inte finns publicerat på klinikens webbplats.

Modell 2	Estimering 3	Estimering 4
Antal observationer	64 398	64 398
Antal observationer där $T_{ki} = 1$	4 242	4 242
Kontrollvariabler som skiljer sig åt mellan modeller	Öppettider, Landsdelsdummies	Storleksdummies, Landsdelsdummies
Kontrollvariabler som ingår i alla modeller	Procentuell förändring i antalet patientbesök (ln), år, dummies för kedjetillhörighet och grupperade kostnadsposter, och interaktioner mellan dummies för grupperade kostnadsposter och övriga kontrollvariabler samt interaktioner mellan dummies för grupperade kostnadsposter och T_{ki}	Procentuell förändring i antalet patientbesök (ln), år, dummies för kedjetillhörighet och grupperade kostnadsposter, och interaktioner mellan dummies för grupperade kostnadsposter och övriga kontrollvariabler samt interaktioner mellan dummies för grupperade kostnadsposter och T_{ki}
År som data finns för	2020–2024	2020–2024
Kostnadspostgrupper	Undergrupper	Undergrupper
Standardfel	Klustrade på klinik	Klustrade på klinik

Noter: Standardfel visas inom parentes () och p-värde visas inom hakparentes [].

Estimering 5 och 6 av modell 2 som framgår i tabell 5 inkluderar dummyvariabeln Mindre stad/landsbygdskommun som geografisk kontrollvariabel, utöver övriga gemensamma kontrollvariabler. Estimering 5 inkluderar även dygnet runt som kontrollvariabel för kliniker som har öppet dygnet runt, medan estimering 6 inkluderar Storleksdummies som kontrollvariabel för klinikernas storlek.

Liksom i estimering 3 och 4 har såväl effekten av T_{ki} som effekten av respektive interaktion mellan T_{ki} och år i estimering 5 och 6 signifikanta estimat på en nivå under 0,001. Som tidigare kan effekten av transparens under basåret 2020–2021 observeras genom att studera estimatet $\widehat{\beta}_1$ och estimaten $\widehat{\beta}_\rho^T$ ⁴³. Estimaten $\widehat{\beta}_\rho^T$ för övriga kostnadspostgrupper ρ utöver referenskategorin är dock inte signifikant skilda från noll, dvs. att tolkningen av resultatet inte ändras. Effekten av transparensen på prisutvecklingen 2020–2021 (genom estimatet för T_{ki}) uppskattas således vara negativ. Det gäller i såväl estimering 3 som 4 för alla övriga undergrupper utom undergrupperna Bilddiagnostik (röntgen), Laboratorieprov (övrigt), Receptarvode och Jour- och akutavgifter (i en av estimeringarna), där $\widehat{\beta}_\rho^T$ är signifikant skilda från noll, vilket totalt sett ger en insignifikant effekt av transparensen för 2020–2021 för dessa undergrupper.

Liksom för estimering 3 och 4 behöver vi dock även i detta fall undersöka signifikansen av de summerade estimaten för T_{ki} , (år) * T_{ki} och (undergrupp) * T_{ki} för övriga år. Även för dessa estimeringar finner vi då att nettoeffekten av transparens på prisutvecklingen 2021–2022 respektive 2022–2023 inte är signifikant skild från noll för alla undergrupper utom Bilddiagnostik (röntgen) och Laboratorieprov (övrigt). Samtidigt finner vi att nettoeffekten av transparens på prisutvecklingen

⁴³ För enkelhetens skull redovisas dessa estimat inte separat.

2023–2024 är negativ och signifikant skild från noll på en 5-procentig nivå⁴⁴ för de flesta undergrupper. För de två undergrupperna inom diagnostik Bilddiagnostik (röntgen) och Laboratorieprov (övrigt) är nettoeffekten positiv och signifikant skild från noll på en 5-procentig nivå under 2021–2022 och 2022–2023, men som beskrivits ovan tolkas inte detta resultat mer ingående.

Det kan därmed konstateras att nettoeffekten av pristransparensen på prisutvecklingen även i estimering 5 och 6 varierar över tid, och även mellan vissa grupper. Samma förbehåll om kausal tolkning som tidigare gäller.

Tabell 5 Modell 2 med undergrupper, estimering 5 och 6

Modell 2	Estimering 5	Estimering 6
Konstant	1,115 (2,239) [0,619]	-0,681 (1,574) [0,665]
Transparens, T_{ki}	-7,955 (1,710) [<0,001]	-7,975 (1,709) [<0,001]
(2021–2022) * T_{ki}	6,652 (0,843) [<0,001]	6,721 (0,835) [<0,001]
(2022–2023) * T_{ki}	4,922 (0,812) [<0,001]	4,972 (0,804) [<0,001]
(2023–2024) * T_{ki}	2,717 (0,807) [<0,001]	2,938 (0,792) [<0,001]
2021–2022	10,373 (1,591) [<0,001]	10,397 (1,599) [<0,001]
2022–2023	10,151 (1,601) [<0,001]	10,158 (1,603) [<0,001]
2023–2024	8,353 (1,263) [<0,001]	8,405 (1,269) [<0,001]
Antal observationer	64 398	64 398
Antal observationer där $T_{ki} = 1$	4 242	4 242
Kontrollvariabler som skiljer sig åt mellan modeller	Öppettider, Mindre stad/landsbygdskommun	Dygnet runt, Mindre stad/landsbygdskommun
Kontrollvariabler som ingår i alla modeller	Procentuell förändring i antalet patientbesök (ln), år, dummies för kedjetillhörighet och grupperade kostnadsposter, och interaktioner mellan dummies för grupperade kostnadsposter och övriga kontrollvariabler samt interaktioner mellan dummies för grupperade kostnadsposter och T_{ki}	Procentuell förändring i antalet patientbesök (ln), år, dummies för kedjetillhörighet och grupperade kostnadsposter, och interaktioner mellan dummies för grupperade kostnadsposter och övriga kontrollvariabler samt interaktioner mellan dummies för grupperade kostnadsposter och T_{ki}
År som data finns för	2020–2024	2020–2024
Kostnadspostgrupper	Undergrupper	Undergrupper
Standardfel	Klustrade på klinik	Klustrade på klinik

Noter: Standardfel visas inom parentes (), och p-värde visas inom hakparentes [].

Estimering 7 och 8 i tabell 6 inkluderar dummyvariabeln Storstadsområde som geografisk kontrollvariabel, utöver övriga gemensamma kontrollvariabler. Estimering 7 inkluderar även Öppettider som kontrollvariabel för klinikernas typ, medan estimering 8 inkluderar Storleksdummies som kontrollvariabel för klinikernas storlek. Liksom i estimering 3, 4, 5 och 6 har såväl effekten av T_{ki} som effekten av respektive interaktion mellan T_{ki} och år i estimering 7 och 8 signifikanta estimat på en nivå under 0,001.

⁴⁴ Wald-testet för referensgruppen ger p-värdet 0,008027 för år 2023–2024 i estimering 5, och p-värdet 0,01039 för estimering 6.

Effekten av transparensen på prisutvecklingen 2020–2021 (genom estimatet för T_{ki}) uppskattas vara negativ (d.v.s. prisdämpande effekt) för alla undergrupper exklusive Laboratorieprov (övrigt) och Bilddiagnostik (röntgen), där effekten inte är signifikant skild från noll.

Även för estimering 7 finner vi dock att nettoeffekten av transparens på prisutvecklingen 2021–2022 respektive 2022–2023 inte är signifikant skild från noll för de flesta undergrupper. Till skillnad från övriga estimeringar finner vi i estimering 8 även att nettoeffekten av transparens på prisutvecklingen 2022–2023 är negativ och signifikant skild på en 5-procentig nivå för de flesta undergrupper.⁴⁵ Som i tidigare estimeringar gäller detta även för 2023–2024.⁴⁶ Det kan därmed konstateras att nettoeffekten av pristransparensen på prisutvecklingen även i estimering 7 och 8 varierar över tid och i viss utsträckning mellan vissa grupper. Samma förbehåll om kausal tolkning som tidigare gäller.

Tabell 6 Modell 2 med undergrupper, estimering 7 och 8

Modell 2	Estimering 7	Estimering 8
Konstant	0,706 (2,179) [0,746]	2,971 (2,144) [0,166]
Transparens, T_{ki}	-9,040 (1,702) [<0,001]	-9,133 (1,664) [<0,001]
(2021–2022) * T_{ki}	7,580 (0,870) [<0,001]	7,192 (0,858) [<0,001]
(2022–2023) * T_{ki}	5,941 (0,834) [<0,001]	5,667 (0,824) [<0,001]
(2023–2024) * T_{ki}	3,816 (0,834) [<0,001]	3,975 (0,811) [<0,001]
2021–2022	10,343 (1,591) [<0,001]	10,292 (1,557) [<0,001]
2022–2023	10,099 (1,597) [<0,001]	10,083 (1,583) [<0,001]
2023–2024	8,284 (1,260) [<0,001]	8,054 (1,274) [<0,001]
Antal observationer	64 398	64 398
Antal observationer där $T_{ki} = 1$	4 242	4 242
Kontrollvariabler som skiljer sig åt mellan modeller	Öppettider, Storstadsområde	Storleksdummies, Storstadsområde
Kontrollvariabler som ingår i alla modeller	Procentuell förändring i antalet patientbesök (ln), år, dummies för kedjetillhörighet och grupperade kostnadsposter, och interaktioner mellan dummies för grupperade kostnadsposter och övriga kontrollvariabler samt interaktioner mellan dummies för grupperade kostnadsposter och T_{ki}	Procentuell förändring i antalet patientbesök (ln), år, dummies för kedjetillhörighet och grupperade kostnadsposter, och interaktioner mellan dummies för grupperade kostnadsposter och övriga kontrollvariabler samt interaktioner mellan dummies för grupperade kostnadsposter och T_{ki}
År som data finns för	2020–2024	2020–2024
Kostnadspostgrupper	Undergrupper	Undergrupper
Standardfel	Klustrade på klinik	Klustrade på klinik

Noter: Standardfel visas inom parentes (), och p-värde visas inom hakparentes [].

⁴⁵ Wald-testet för referensgruppen ger p-värdet 0,02227 för år 2022–2023 i estimering 8.

⁴⁶ Wald-testet för referensgruppen ger p-värdet 0,006638 för år 2023–2024 i estimering 7, och p-värdet 0,0007815 för estimering 8.

Modell 2 (estimering 3–8) ger konsekvent en varierande effekt av transparensen på prisutvecklingen över tid, från insignifikanta effekter vissa år (2021–2022 och i de flesta fall även för 2022–2023) till signifikanta och negativa skattningar av koefficienten på pristransparens andra år (2020–2021 och 2023–2024, samt i ett fall även för 2022–2023). Vidare ger modell 1 (estimering 1 och 2) en negativt skattad koefficient på pristransparensen, även om dessa estimat har p-värden som marginellt överstiger 0,05. Vi kan även konstatera att det finns vissa undergrupper där transparens-effekten avviker från övriga. Detta gäller särskilt Laboratorieprov (blod) och Bild-diagnostik (röntgen), men detta tolkas inte mer ingående givet att undergrupper har få transparenta kostnadsposter.

Resultaten ligger i linje med vad vi kan förvänta oss om transparens hade en dämpande effekt på prisökningstakten. Samtidigt som det kan förväntas att priser som finns publicerade på klinikers webbplatser haft en något dämpande effekt på prisutvecklingen inom icke-profylaktisk vård, bör det noteras att transparenta priser på enskilda kostnadsposter inte kan förväntas ha en stor påverkan på djurägares möjligheter att konkurrensutsätta kliniker – och i förlängningen på klinikernas pris-sättning. Det baseras på att det totala antalet transparenta kostnadsposter är mycket få och att djurägare fattar beslut baserat på totalpriser för behandlingar snarare än enskilda kostnadsposter.⁴⁷ Om man väljer att tolka koefficienten som en kausal effekt är tolkningen att den dämpande effekten kan vara obefintlig i vissa perioder, men i andra perioder kan vara så hög som 9 procentenheter från ett år till ett annat.

Avseende de estimerade effekterna av kontrollvariablerna på prisutvecklingen, har dessa inte inkluderats i tabellerna. Vi noterar – med viss försiktighet givet att modellerna inte syftar till att estimerar den kausala effekten av kontrollvariablerna på prisutvecklingen – att resultaten indikerar att flera andra faktorer som vi inkluderat i modellerna kan ha en betydande påverkan på prisutvecklingen. Exempel på detta är koncerntillhörighet, där vi finner en tydlig prishöjande effekt av att en klinik tillhör en koncern i nästan samtliga estimeringar.⁴⁸ Den prishöjande effekten varierar i storlek beroende på vilken koncern kliniken tillhör. Vidare indikerar resultatet att även klinikens geografiska belägenhet kan ha en betydande påverkan på prisutvecklingen. Exempelvis indikerar resultaten, i linje med figur 25 och figur 26 i bilaga 1, att det kan finnas en prispressande effekt av att en klinik ligger i Norrland jämfört med om kliniken ligger i Götaland.

Det kan tilläggas att kontrollvariabeln Procentuell förändring i antalet patientbesök (ln), som är en proxy för hur efterfrågan på djursjukvård hos den enskilda kliniken påverkar prisutvecklingen, har inkluderats i samtliga estimeringar som presenteras i denna bilaga. Detta beror på att vi finner att kontrollvariabeln är viktig att inklu-

⁴⁷ Se mer om detta i avsnitt 4.2.3 i rapporten, där resultaten av den ekonometriska analysen kommenteras.

⁴⁸ Effekten av koncerntillhörighet är inte signifikant för *alla tre* koncerner i 6 av totalt 36 estimeringar. Detta gäller även estimeringar med huvudgrupper.

dera i modellerna.⁴⁹ Att inkludera denna kontrollvariabel innebär samtidigt att data för prisförändringar 2024–2025 exkluderas i estimeringarna.⁵⁰ Effekten av denna kontrollvariabel på prisutvecklingen är positiv och signifikant på en 5-procentig nivå i nästan samtliga estimeringar som förväntat (dvs. prishöjande effekt av efterfrågan).⁵¹

3.2 Estimeringar av modell 1 och 2 med huvudgrupper

När huvudgrupper i stället för undergrupper av kostnadsposter inkluderas, finner vi endast stöd för att transparensen har en dämpande påverkan på prisutvecklingen för 2020–2021 för Besöksavgifter, Behandling (inkl. kirurgi) och Övrigt, i de fall där vi inkluderar interaktioner mellan år och transparens. För övriga år finner vi för dessa huvudgrupper inte en signifikant nettoeffekt av transparensen på prisutvecklingen som är skild från noll. För Diagnostik och Läkemedel finner vi i vissa fall en insignifikant effekt och i andra fall en positiv effekt, ett resultat som troligtvis förklaras av undergrupperna Laboratorieprov (blod) och Bilddiagnostik (röntgen) samt potentiellt även undergruppen Receptarvode. När vi estimerar modell 1 med huvudgrupper, men exkluderar interaktioner mellan år och transparens, finner vi heller ingen signifikant negativ effekt av transparens på prisutvecklingen. Att modellerna med huvudgrupper i mindre utsträckning finner ett signifikant samband mellan pristransparensen och prisutvecklingen är väntat givet att undergrupperna har ett starkare samband med transparens-variabeln.⁵²

I tabell 7–tabell 10 nedan redovisar vi resultatet för estimeringar av pristransparensens påverkan på prisutvecklingen där huvudgrupper av kostnadsposter används i estimeringen som samverkande kontrollvariabler. Varje tabell inkluderar två estimeringar.

I tabell 7 framgår estimeringar av modell 1, vilket motsvarar estimeringar i tabell 3 men nu med huvudgrupper. Både estimering 1 och 2 med huvudgrupper inkluderar Landsdelsdummies som geografisk kontrollvariabel, utöver övriga gemensamma kontrollvariabler. Utöver dessa kontrollvariabler inkluderar estimering 1 med huvudgrupper Öppettider som kontrollvariabel för klinikernas typ, medan estimering 2 med huvudgrupper inkluderar Storleksdummies som kontrollvariabel för klinikernas storlek. Effekten av transparens på prisutvecklingen är i dessa två estimeringar, som saknar interaktioner mellan transparens och år, inte signifikant för någon huvudgrupp exklusive Diagnostik där effekten är positiv.

⁴⁹ När vi inkluderar variabeln stärks den estimerade effekten av transparens på prisutvecklingen något, samtidigt som standardfelet för detta estimat minskar. Detta sker trots att mängden observationer som inkluderas i estimeringen minskar när variabeln inkluderas.

⁵⁰ För att vi saknar data över antal besök helåret 2025 från de undersökta klinikerna som omfattades av Konkurrensverkets informationsläggande sommaren 2025. För att undersöka om exkluderingen av 2024–2025 års data påverkar det övergripande resultatet har vi även gjort estimeringar med enbart data för 2024–2025. Även då finner vi en negativ och signifikant effekt av transparens på prisutvecklingen.

⁵¹ Detta gäller även estimeringar med huvudgrupper.

⁵² Eftersom undergrupperna innehåller mer likartade kostnadsposter än överkategorin.

Tabell 7 Modell 1 med huvudgrupper, estimering 1 och 2

Modell 1	Estimering 1 med huvudgrupper	Estimering 2 med huvudgrupper
Konstant	3,355 (4,613) [0,467]	-6,999 (8,526) [0,412]
Transparens, T_{ki}	0,202 (2,256) [0,929]	-1,554 (2,607) [0,551]
2021–2022	2,130 (0,635) [<0,001]	1,914 (0,657) [0,004]
2022–2023	7,668 (0,840) [<0,001]	7,601 (0,896) [<0,001]
2023–2024	7,110 (0,875) [<0,001]	6,000 (0,950) [<0,001]
Antal observationer	80 466	80 466
Antal observationer där $T_{ki} = 1$	5 401	5 401
Kontrollvariabler som skiljer sig åt mellan modeller	Öppettider, Landsdelsdummies	Storleksdummies, Landsdelsdummies
Kontrollvariabler som ingår i alla modeller	Procentuell förändring i antalet patientbesök (ln), år, dummies för kedjetillhörighet och grupperade kostnadsposter, och interaktioner mellan dummies för grupperade kostnadsposter och övriga kontrollvariabler samt interaktioner mellan dummies för grupperade kostnadsposter och T_{ki}	Procentuell förändring i antalet patientbesök (ln), år, dummies för kedjetillhörighet och grupperade kostnadsposter, och interaktioner mellan dummies för grupperade kostnadsposter och övriga kontrollvariabler samt interaktioner mellan dummies för grupperade kostnadsposter och T_{ki}
År som data finns för	2020–2024	2020–2024
Gruppering av kostnadsposter	Huvudgrupper	Huvudgrupper
Standardfel	Klustrade på klinik	Klustrade på klinik

Noter: Standardfel visas inom parentes () och p-värde visas inom hakparentes [].

Estimeringarna i tabell 8–10 visar modell 2 med huvudgrupper, en utökad modell jämfört med modell 1 som inkluderar interaktioner mellan transparens T_{ki} och år.

Estimeringarna i tabell 8 motsvarar de som redovisas i tabell 4, men nu med huvudgrupper. Estimering 3 med huvudgrupper inkluderar Öppettider som kontrollvariabel för klinikernas typ, medan estimering 4 med huvudgrupper inkluderar Storleksdummies som kontrollvariabel för klinikernas storlek. Resultaten i estimering 3 och 4 med huvudgrupper liknar de för estimering 3 och 4 med undergrupper, där vi finner en signifikant negativ effekt av transparensen för Besöksavgifter, Behandling (inkl. kirurgi) och Övrigt under basåret 2020–2021 samt signifikanta effekter för respektive interaktion mellan T_{ki} och år. Samtidigt finner vi inte att nettoeffekten av transparensen på prisutvecklingen är signifikant skild från noll för varken 2021–2022, 2022–2023 eller 2023–2024 för Besöksavgifter, Behandling (inkl. kirurgi) och Övrigt. För Diagnostik och Läkemedel är effekten signifikant och positiv för flera av åren.

Om man väljer att tolka estimatet för transparens T_{ki} i estimering 3 med huvudgrupper som en faktisk och kausal effekt, bör estimatet avläsas på så vis att den genomsnittliga förändringen i pris 2020–2021 uppskattas vara omkring 5 procent-

enheter lägre för kostnadsposter inom Besöksavgifter, Behandling (inkl. kirurgi) och Övrigt där priset finns publicerat på klinikens webbplats, jämfört med prisförändringen på kostnadsposter där priset inte finns publicerat på klinikens webbplats.

Tabell 8 Modell 2 med huvudgrupper, estimering 3 och 4

Modell 2	Estimering 3 med huvudgrupper	Estimering 4 med huvudgrupper
Konstant	3,314 (4,619) [0,473]	-7,088 (8,535) [0,406]
Transparens, T_{ki}	-5,273 (2,376) [0,026]	-6,453 (2,706) [0,017]
(2021–2022) * T_{ki}	5,066 (0,828) [<0,001]	4,379 (0,808) [<0,001]
(2022–2023) * T_{ki}	5,352 (0,804) [<0,001]	4,765 (0,779) [<0,001]
(2023–2024) * T_{ki}	5,768 (0,792) [<0,001]	5,214 (0,760) [<0,001]
2021–2022	2,241 (0,640) [<0,001]	2,049 (0,662) [0,002]
2022–2023	7,711 (0,846) [<0,001]	7,647 (0,903) [<0,001]
2023–2024	7,013 (0,880) [<0,001]	5,888 (0,957) [<0,001]
Antal observationer	80 466	80 466
Antal observationer där $T_{ki} = 1$	5 401	5 401
Kontrollvariabler som skiljer sig åt mellan modeller	Öppettider, Landsdelsdummies	Storleksdummies, Landsdelsdummies
Kontrollvariabler som ingår i alla modeller	Procentuell förändring i antalet patientbesök (ln), år, dummies för kedjetillhörighet och grupperade kostnadsposter, och interaktioner mellan dummies för grupperade kostnadsposter och övriga kontrollvariabler samt interaktioner mellan dummies för grupperade kostnadsposter och T_{ki}	Procentuell förändring i antalet patientbesök (ln), år, dummies för kedjetillhörighet och grupperade kostnadsposter, och interaktioner mellan dummies för grupperade kostnadsposter och övriga kontrollvariabler samt interaktioner mellan dummies för grupperade kostnadsposter och T_{ki}
År som data finns för	2020–2024	2020–2024
Gruppering av kostnadsposter	Huvudgrupper	Huvudgrupper
Standardfel	Klustrade på klinik	Klustrade på klinik

Noter: Standardfel visas inom parentes () och p-värde visas inom hakparentes [].

Estimering 5 och 6 med huvudgrupper i tabell 9 motsvarar estimering 5 och 6 i tabell 5. Estimeringarna inkluderar dummyvariabeln Mindre stad/landsbygds-kommun som geografisk kontrollvariabel, utöver övriga gemensamma kontrollvariabler. Estimering 5 med huvudgrupper inkluderar även Dygnet runt som kontrollvariabel för kliniker som har öppet dygnet runt, medan estimering 6 med huvudgrupper inkluderar Storleksdummies som kontrollvariabel för klinikernas storlek. Resultaten i estimering 5 och 6 med huvudgrupper liknar de för estimering 5 och 6 med undergrupper, där vi finner en signifikant negativ effekt av transparensen för Besöksavgifter, Behandling (inkl. kirurgi) och Övrigt under basåret 2020–2021 samt signifikanta effekter för respektive interaktion mellan T_{ki} och år. Samtidigt finner vi inte att nettoeffekten av transparensen på prisutvecklingen är signifikant skild från noll för varken 2021–2022, 2022–2023 eller 2023–2024 för Besöksavgifter, Behandling (inkl. kirurgi) och övrigt. För Diagnostik och Läkemedel

är effekten signifikant och positiv för flera av åren, vilket är motsats till vad vi förväntat.

Tabell 9 Modell 2 med huvudgrupper, estimering 5 och 6

	Estimering 5 med huvudgrupper	Estimering 6 med huvudgrupper
Konstant	-4,810 (4,328) [0,266]	-5,343 (2,995) [0,074]
Transparens, T_{ki}	-5,274 (2,272) [0,020]	-5,188 (2,233) [0,020]
(2021–2022) * T_{ki}	3,872 (0,818) [<0,001]	3,875 (0,813) [<0,001]
(2022–2023) * T_{ki}	3,985 (0,793) [<0,001]	3,963 (0,788) [<0,001]
(2023–2024) * T_{ki}	3,722 (0,776) [<0,001]	3,719 (0,769) [<0,001]
2021–2022	2,862 (0,655) [<0,001]	2,878 (0,656) [<0,001]
2022–2023	8,836 (0,846) [<0,001]	8,886 (0,826) [<0,001]
2023–2024	9,769 (0,904) [<0,001]	9,813 (0,919) [<0,001]
Antal observationer	80 466	80 466
Antal observationer där $T_{ki} = 1$	5 401	5 401
Kontrollvariabler som skiljer sig åt mellan modeller	Öppettider, Mindre stad/landsbygdskommun	Dygnet runt, Mindre stad/landsbygdskommun
Kontrollvariabler som ingår i alla modeller	Procentuell förändring i antalet patientbesök (ln), år, dummies för kedjetillhörighet och grupperade kostnadsposter, och interaktioner mellan dummies för grupperade kostnadsposter och övriga kontrollvariabler samt interaktioner mellan dummies för grupperade kostnadsposter och T_{ki}	Procentuell förändring i antalet patientbesök (ln), år, dummies för kedjetillhörighet och grupperade kostnadsposter, och interaktioner mellan dummies för grupperade kostnadsposter och övriga kontrollvariabler samt interaktioner mellan dummies för grupperade kostnadsposter och T_{ki}
År som data finns för	2020–2024	2020–2024
Gruppering av kostnadsposter	Huvudgrupper	Huvudgrupper
Standardfel	Klustrade på klinik	Klustrade på klinik

Noter: Standardfel visas inom parentes () och p-värde visas inom hakparentes [].

Estimering 7 och 8 med huvudgrupper i tabell 10 motsvarar estimering 7 och 8 i tabell 6 med undergrupper. Estimeringarna inkluderar dummyvariabeln Storstadsområde som geografisk kontrollvariabel, utöver övriga gemensamma kontrollvariabler. Estimering 7 med huvudgrupper inkluderar även Öppettider som kontrollvariabel för klinikernas typ, medan estimering 8 med huvudgrupper inkluderar Storleksdummies som kontrollvariabel för klinikernas storlek. Resultaten i estimering 7 och 8 med huvudgrupper liknar de för estimering 7 och 8 med undergrupper, där vi finner en signifikant negativ effekt av transparensen för Besöksavgifter, Behandling (inkl. kirurgi) och Övrigt under basåret 2020–2021 samt signifikanta effekter för respektive interaktion mellan T_{ki} och år. Samtidigt finner vi inte att nettoeffekten av transparensen på prisutvecklingen är signifikant skild från noll för varken 2021–2022, 2022–2023 eller 2023–2024 för Besöksavgifter, Behandling (inkl. kirurgi) och Övrigt. För Diagnostik och Läkemedel är effekten signifikant och positiv för flera av åren.

Tabell 10 Modell 2 med huvudgrupper, estimering 7 och 8

Modell 2	Estimering 7 med huvudgrupper	Estimering 8 med huvudgrupper
Konstant	-1,020 (4,489) [0,820]	-5,424 (3,909) [0,165]
Transparens, T_{ki}	-5,985 (2,259) [0,008]	-6,615 (2,365) [0,005]
(2021–2022) * T_{ki}	4,700 (0,839) [<0,001]	4,212 (0,815) [<0,001]
(2022–2023) * T_{ki}	4,924 (0,811) [<0,001]	4,552 (0,783) [<0,001]
(2023–2024) * T_{ki}	4,787 (0,796) [<0,001]	4,721 (0,764) [<0,001]
2021–2022	2,876 (0,683) [<0,001]	2,288 (0,673) [<0,001]
2022–2023	8,829 (0,859) [<0,001]	8,104 (0,848) [<0,001]
2023–2024	9,749 (0,908) [<0,001]	7,188 (0,987) [<0,001]
Antal observationer	80 466	80 466
Antal observationer där $T_{ki} = 1$	5 401	5 401
Kontrollvariabler som skiljer sig åt mellan modeller	Öppettider, Storstadsområde	Storleksdummies, Storstadsområde
Kontrollvariabler som ingår i alla modeller	Procentuell förändring i antalet patientbesök (ln), år, dummies för kedjetillhörighet och grupperade kostnadsposter, och interaktioner mellan dummies för grupperade kostnadsposter och övriga kontrollvariabler samt interaktioner mellan dummies för grupperade kostnadsposter och T_{ki}	Procentuell förändring i antalet patientbesök (ln), år, dummies för kedjetillhörighet och grupperade kostnadsposter, och interaktioner mellan dummies för grupperade kostnadsposter och övriga kontrollvariabler samt interaktioner mellan dummies för grupperade kostnadsposter och T_{ki}
År som data finns för	2020–2024	2020–2024
Gruppering av kostnadsposter	Huvudgrupper	Huvudgrupper
Standardfel	Klustrade på klinik	Klustrade på klinik

Noter: Standardfel visas inom parentes () och p-värde visas inom hakparentes [].

4 Bilaga 4. Kategorisering av kostnadsposter

4.1 Introduktion

Som en del i genomförandet av uppdraget att undersöka marknaden för djursjukvårdstjänster har information begärts in från ett urval av djursjukvårdskliniker avseende prisuppgifter på delkomponenter i utförd vård. Den inkomna informationen inkluderar bland annat uppgifter om vilken kostnadspost respektive klinik har kategoriserat en given vårdinsats till.

Kostnadsposterna visar sig vara heterogent utformade mellan olika kliniker, och ett gemensamt register över kostnadsposter saknas inom branschen. De är även ofta mycket specifika till sin karaktär, och som en konsekvens därav innefattar den inhämtade informationen närmare 8 000 olika kostnadsposter.

För att analysera informationen behöver dessa kostnadsposter grupperas utifrån vilket vårdområde de härstammar. Manuell bedömning och gruppering av kostnadsposterna skulle ta lång tid, och Konkurrensverket har inte den expertis som bäst lämpar sig för uppgiften.

För att genomföra uppgiften har därför en extern veterinärmedicinsk expert anlitats för att assistera i klassningen. Att klassa hela materialet skulle vara för krävande och kostsamt. Därav har följande ansats använts:

1. Fastställande av en hierarki för gruppering av data på två nivåer: huvudkategorier och underkategorier. Konkurrensverket tog här fram ett förslag, som den anlitade veterinärmedicinska experten senare fick opponera på och ändra i (vilket även skedde).
2. Open AI:s senaste modellarkitektur (GPT-5) har därefter använts för att gruppera dessa kostnadsposter enligt den ovan fastställda hierarkin.
3. Ett randomiserat (stratifierat) urval skickas sedan till den anlitade veterinärmedicinska experten, som gör en bedömning av i vilken utsträckning modellen fattat felaktiga beslut.

4.2 Metod

4.2.1 Modellanrop för klassificering

Meningsfull analys av datamängden kräver att alla poster klassificeras. Inget urval sker därför med avseende på vilken information som GPT-5-modellen ombes klassificera.

Frågeställningen som modellen ombes behandla utformas per följande struktur⁵³:

1. Systemprompt: Modellen får sin tilldelade roll beskriven, samt en beskrivning av uppgift och form för utförande. (Dessa är motsvarande till de "osynliga" instruktioner som styr hur modeller agerar i "chattrobotar".)
2. Användarinstruktion:
 - a. Det objekt modellen mottagit (en lista på kostnadsposter) beskrivs.
 - b. Den givna hierarki som modellen har att tillgå för klassificeringen återges.
 - c. Modellen ges en handfull exempel att använda som referensram.
 - d. Modellen avkrävs att svara i ett strukturerat format med dataobjekt av en fördefinierad typ.

Anropet sker genom pythons openai 2.8-modul, vilken ger access till Open AI:s REST API (<https://pypi.org/project/openai/>). Per angiven standard i API:ets officiella dokumentation används s.k. "Structured Outputs"-datamodeller (<https://platform.openai.com/docs/guides/structured-outputs>) vid anropet.

Av kostnadsskäl, såväl som tidsskäl, ombes modellen att gruppera upp till 100 termer i taget. Begränsningen av antalet termer är nödvändig för att säkerställa att mängden tokens frågan motsvarar inte växer bortom ett omfång som modellen väntas behandla väl.

Som tillbörligt vid uppgifter av denna karaktär sätts en sekvens av "agenter" (instanser av modellen med någon specialiserad systeminstruktion) upp för att åstadkomma bästa möjliga klassificering, där var agent tilldelas något olika roller och ombes opponera på en tidigare modells slutsatser (såtillvida agenten inte går först i kedjan). Rolltilldelningarna som nyttjas består i roller som exempelvis veterinärmedicinsk expert eller controller för ett djursjukhus.⁵⁴

Sannolikt till följd av vad som brukar refereras till som "drift" i dessa sammanhang (en process där modellen får en vagare bild av instruktionen när kedjan av informationsutbyten växer) visar det sig att cirka 150 av de 8 000 termer som modellen ombetts gruppera saknas efter att den tredje agenten i kedjan slutfört sin uppgift. Exakt skäl därtill går inte att fastställa, men en manuell inspektion gör gällande att det sannolikt beror på att någon modell i kedjan rättat saker som stavfel, skilletecken etc. i kostnadsposterna.

⁵³ Se Konkurrensverkets ärendeakt, handl.nr 259, PM LLM-bearbetning, dnr 240/2025 för en fullständig återgivning.

⁵⁴ Ibid.

Ytterligare en kedja agenter ombes därför att titta på specifikt dessa termer, och denna gren av bedömningar förs därefter tillbaka till det huvudsakliga resultatet för en komplett uppsättning grupperingar.

4.2.2 Urval av klassificeringar att granska

De klassificeringar som modellen åstadkommit faller inom antingen en huvudgruppering eller en undergruppering (med en motsvarande huvudgrupp), såtillvida modellen inte anser att kostnadsposten är helt felaktigt specificerad i vilket fall den tillåts att vägra kategorisera kostnadsposten. Den hierarkiska grupperingsmodellen är förhållandevis granulär, och en huvudgrupp kan innehålla över fem undergrupper.

Därav uppstår ett frågetecken runt hur det underlag som skickas vidare till veterinären för granskning ska ställas samman. Ett slumpmässigt urval från samtliga termer ger ett procentbrett konfidensintervall vid cirka 370 termer. Eftersom utfallet är av rätt/fel-karaktär, och populationen är känd till sin helhet (de knappa 8 000 kostnadsposter som förekommer i data) beräknas detta enkelt från binomialfördelningen:

$$n_0 = \frac{z^2 \times p(1-p)}{E^2} \quad (1)$$

$$n = \frac{N \times n_0}{N - 1 + n_0} \quad (2)$$

(1) anger antalet objekt som behöver observeras för någon given tillåten avvikelse från z-fördelningen (säg typiskt $z = 19,6$ för 5 procent brett konfidensintervall), till en given konfidensnivå E . p avser andelen objekt inom den totala fördelningen som uppvisar det binära attribut som skattas, i detta fall en korrekt eller felaktig klassificering. Detta är okänt, och för beräkning av konfidensintervall görs därför det maximalt defensiva antagandet att $p = 0,5$.

(2) återger hur det antal objekt som behöver observeras justeras vid så fall att storleken på den sanna populationen är känd. n är således det antal termer som behöver observeras i det fall vi beaktar här, och n_0 utgör det antal termer som hade behövt observeras om den sanna populationens storlek ej var känd, medan N som sedvanligt svarar mot populationens storlek. Här har vi använt korrekturen för en känd population i så fall att korrekturen baseras på urvalets varians. Ibland kan även en korrektion baserad på populationens varians synas i litteratur, i vilket fall korrektionstermen blir:

$$n = \frac{N \times n_0}{N + n_0}$$

I praktiken saknar detta betydelse, men standard är att genomföra korrekturen efter urvalets varians så vi kommer att följa detta här.

Lite algebraiska operationer på (2) ger:

$$n_0 = \frac{n(N-1)}{N-n}$$

Substituera i (1) för, med variabelsubstitutionen $A = z^2 \times p(1-p)$:

$$\frac{n(N-1)}{N-n} = \frac{A}{E^2}$$

$$E^2 = \frac{A(N-n)}{n(N-1)}$$

Återför till sin ursprungliga form och lös för E :

$$E = \sqrt{\frac{A}{n} \times \frac{N-n}{N-1}} = z \sqrt{\frac{p(1-p)}{n} \times \frac{N-n}{N-1}}$$

I praktiken ignoreras ofta -1 ur nämnaren, eftersom detta saknar betydelse när N är stort, vilket då alltså svarar mot en korrektion baserad på populationens varians. Hur som, i ovanstående formel kan således felmarginalen härledas för ett givet värde i z -fördelningen givet ett visst värde på n (det av veterinären undersökta antalet kostnadsposter) och N (den totala mängden kostnadsposter).

För att uppnå en god precision i samtliga strata av en så granulär gruppering som den valda hierarkin svarar mot, skulle en mycket stor mängd objekt behöva granskas till sådan grad att det egentligen inte är någon större idé att använda sig av en klassificerande modell över huvud taget, och hela uppgiften borde i stället utföras manuellt. Å andra sidan finns heller inget behov av den typen av precision i de finfördelade undergrupperna. Analysen avses i huvudsak röra vilken av huvudkategorierna som en kostnadspost har grupperats till, och därav är det förhållandevis viktigt att kategoriseringen blir adekvat utvärderad på denna nivå.

Därmed föreligger ett val runt hur urvalet ska ske för att uppnå optimal precision i dessa kategorier. Givet att man är villig att skicka ett visst antal termer för manuell bedömning finns två plausibla strategier. Antingen görs urvalet på så vis att samma precision (E) uppnås i samtliga strata (i detta fall huvudkategorier) eller så görs ett slumpmässigt urval från vart stratum i proportion till stratumets andel av den totala populationen.

Den tidigare nämnda strategin, med samma konfidensnivå i samtliga intervall, är ett lämpligt val om det vore så att tillförlitlighet i utsagor runt samtliga kategorier är av lika vikt. Ett sådant urval kommer att allokera disproportionerligt fler observationer till de mindre stratum än stratumets storlek i proportion till den totala populationen, för att säkerställa motsvarande konfidensnivåer i dessa stratum. Den andra strategin, att allokera urvalet proportionerligt till stratumets andel av populationen, är vettigt i så fall att större strata är viktigare för analysen.

För den analys som är aktuell visar det sig att de strata som svarar mot en större andel av den totala mängden kostnadsposter är viktigare för analysen än de strata som har förhållandevis färre kostnadsposter grupperade till sig. Därav genomförs urvalet av kostnadsposter att skicka för manuell bedömning i proportion till storleken av stratumet i relation till populationen.

Den totala mängden kostnadsposter att skicka för manuell bedömning beslutades till cirka 1 000 poster. Detta baseras delvis på en bedömning av hur många timmar det kommer att krävas från expertens sida för att gå igenom dessa klassningar, och delvis i den konfidens det föranleder inom skattningen av felmarginalen utifrån den veterinärmedicinska expertens bedömning. Nedanstående tabell återger respektive stratums storlek, antal (slumpmässigt) valda kostnadsposter och därav följande felmarginal för respektive stratum.

Tabell 1 Storlek av stratum och urval samt uppskattad felmarginal för respektive huvudgrupp

Huvudgrupp	Stratums storlek	Urvalets storlek	Felmarginal
Diagnostik	1 985	322	0,05
Läkemedel	1 416	230	0,0592
Besöksavgifter	510	83	0,099
Behandling (inkl. kirurgi)	2 162	351	0,0479
Avlivning och kremering	95	16	0,2246

Som omnämnt tidigare baseras dessa beräkningar på antagandet att $p = 0,5$, eftersom detta maximerar kvadraten $p(1 - p)$. Med god sannolikhet är detta ett extremt oskäligt defensivt antagande. Preliminär granskning av modellens klassificering indikerar att precisionen snarare ligger runt 95 procent. Förändringsfaktorn i felmarginalen blir således:

$$\frac{\sqrt{0,5(0,5)}}{\sqrt{0,95(0,05)}} \approx \sqrt{\frac{0,25}{0,05}} = \sqrt{5} \approx 2,3$$

Den i tabellen ovan återgivna felmarginalen är således cirka 130 procent större än den sanna felmarginalen om klassningens precision är 95 procent. Den sistnämnda siffran kan dock aldrig med säkerhet fastställas med mindre än att ombe den veterinärmedicinska experten att gå igenom samtliga kostnadsposters klassificering, vilket skulle göra granskningen meningslös.

Som en slutlig kort kommentar bör nämnas hur detta ska tolkas för en korrekt förståelse av resultaten. Ponera att veterinärens bedömning visar på att modellen har haft rätt i 80 procent av sina bedömningar av kostnadsposter inom kategorin "läkemedel". Eftersom felmarginalen för kategorin är cirka 6 procent utifrån tabellen ovan, blir det skattade intervallet för modellens felmarginal $[0,74; 0,86]$. Detta innebär inte att intervallet $[0,74; 0,86]$ med 95 procents sannolikhet innefattar

den totala populationens (samtliga kostnadsposter som modellen klassificerat till gruppen läkemedel) andel korrekta klassificeringar (det vore en Bayesiansk tolkning av data). Den korrekta förståelsen är att om vi hade dragit urval och upprättat konfidensintervall på detta sätt i ett mycket stort antal fall, så hade 95 procent av de intervall som vi då skapat kommit att innehålla populationens sanna värde.

4.3 Granskning av den veterinärmedicinska experten

Granskningen är gjord utifrån urvalet som beskrivits i föregående avsnitt. Av 1 002 kategoriserade kostnadsposter är 101 felkategoriserade. Felkategoriseringen avser fel gällande vilken underkategori den enskilda kostnadsposten hamnat i enligt den veterinärmedicinska experten.

De vanligaste felen vid bedömning av urvalet (de 1 002 kategoriserade kostnadsposterna) avser kategorisering till kategorin labbprov (övrigt) istället för den specifika typen av provtagning. I dessa fall hamnar kostnadsposten i rätt överkategori: diagnostik. Övriga produkter för behandling, som krämer och foder, har hamnat under läkemedel i stället för under restkategorin "övrigt". Kategoriseringen har blivit fel för kostnadsposter som innehåller både åtgärder för diagnostik eller behandling och sedering eller narkos. Dessa har ibland hamnat i underkategorin "anestesi". Några poster blir också fel på grund av otydlig information eller felskrivningar i den grundläggande kostnadspostens namn, vilket förekommer för en halv procent av kostnadsposterna i urvalet. Den övergripande felmarginalen för kategoriseringen är alltså 10 procent.

Antal kostnadsposter med rätt överkategori trots fel underkategori är 35. Antal kostnadsposter med godtagbar kategorisering utifrån hur kategorierna är uppställda, även om vårdflödet på en klinik skulle kategorisera det annorlunda, är 16. Den bedömningen görs av Konkurrensverket ur ett ekonomiskt perspektiv, eftersom samma typ av kostnadsposter gärna får grupperas tillsammans, inför att vi analyserar priser som från början hör till vissa diagnoser. Ur ett rent medicinskt perspektiv skulle vissa åtgärder till exempel genomföras vid en första konsultation. Eftersom kostnadsposterna faktiskt är exempel på poster som debiterats vid behandling av vissa diagnoser (utifrån hur Konkurrensverkets åläggande att inkomma med uppgifter har varit utformat), är kategoriseringen till behandling av sådant som görs vid en första konsultation i normalfallet ändå relevant, till exempel tandvård där det mesta som nämner tandvård kan samlas även om det i grund avser en besöksavgift. Vid en bedömd felmarginal, med hänsyn till fel kategorisering av underkategori men godtagbar överkategori och gruppering som främst blivit fel utifrån valet av kategorier, är felmarginalen 5 procent.

4.4 Slutsats om felmarginal för de kategoriserade kostnadsposterna

Totalt granskades 1 002 kostnadsposter inom fem undergrupper av den veterinärmedicinska experten. Dessa kostnadsposter utgjorde ett urval från totalt 6 168 poster i den totala datamängd som samlats in. Utav dessa bedömde experten att 101 hade en felaktighet i någon mening (avseende huvudgrupp, undergrupp, eller avsaknad av klassificering).

I den sampel som klassats av experten är således $\frac{101}{1002} \approx 0,1007 = 10,7\%$ av posterna felaktigt klassificerade. Per tidigare härledd formel,

$$E = \sqrt{\frac{A}{n} \times \frac{N-n}{N-1}} = z \sqrt{\frac{p(1-p)}{n} \times \frac{N-n}{N-1}}$$

ger detta således att felmarginalen E till denna punktskattning är cirka 0,0283, under $z=1,96$, $N=6\,168$, $n=1\,002$, $p=0,25$. Detta ger alltså ett konfidensintervall på [7,87 procent; 13,53 procent].

Konkurrensverkets bedömning visar att vid 51 av de fall då en felaktig klassificering förekommer är ändå huvudkategorin korrekt. Det förekommer således 50 fall av sådan karaktär att huvudkategorin är av felaktig klassificering, motsvarande cirka 4,99 procent av de kategorier som den veterinärmedicinska experten bedömt. Intervallet för denna punktskattning blir således [2,16 procent; 7,82 procent].

För respektive huvudkategori är resultatet som framgår av tabell 2.

Tabell 2 Uppskattad felmarginal för respektive huvudkategori enligt den veterinärmedicinska expertens bedömning

Huvudgrupp	Punktskattning av veterinärmedicinska experten	Intervall lägre	Intervall högre	Intervallet innehåller med 95 procents sannolikhet den faktiska mängden felaktigt klassade kostnadsposter som klassats av språkmodellen (%)
Diagnostik	0,071	0,021	0,12	2–12
Läkemedel	0,16	0,10	0,22	10–22
Besöksavgifter	0,084	0,0	0,18	0–18
Behandling (inkl. kirurgi)	0,10	0,049	0,14	5–14

5 Bilaga 5. Extern konsultation om förslag till att förbättra pristransparensen inom djursjukvården – remissinstansernas uppfattningar

5.1 Bakgrund till den externa konsultationen

Konkurrensverket har gett intressenter inom djursjukvårdsmarknaden möjlighet att lämna synpunkter på Konkurrensverkets potentiella förslag genom en extern konsultation (remissrunda).

Remissrundan bestod av en webbenkät som skickades ut strax före jul 2025 och med svarstid till mitten av januari 2026. Svarstiden förlängdes efter önskemål från intressenterna till 1 februari 2026.

Vid enkätens stängning den 1 februari 2026 hade det inkommit totalt 36 enkätsvar.

5.1.1 Respondenter i remissrundan

Remissrundan gick ut till 42 olika intressenter i Sverige inom djursjukvården som fördelas i följande grupper:

1. Myndigheter, akademi och forskning
2. Intresseorganisationer och prisjämförelsetjänster
3. Försäkringsbolag och dess branschföreträdare
4. Djursjukhus, veterinärkliniker och dess branschföreträdare

Av dessa intressenter inkom 36 med synpunkter före den 1 februari 2026, vilket utgör underlaget för sammanställningen.

Djurens Rätt, SEKO, Naturvetarna, Årstakliniken, Djurakuten Stockholm, Dingleveterinärerna AB samt Rembackens djursjukhus mottog förfrågan om synpunkter men återkom inte med svar. Sveriges Veterinärmedicinska Anstalt återkom med svar där de avböjde att lämna in synpunkter.

Myndigheter, akademi och forskning

1. Jordbruksverket
2. Konsumentverket
3. Distriktsveterinärerna
4. SLU
5. Professor Agneta Egenvall (SLU)
6. Professor Odd Höglund (SLU)

Intresseorganisationer och prisjämförelsetjänster

7. Hundstallet
8. Djurskyddet Sverige
9. Svenska Djurskyddsföreningen
10. Svenska Kattskyddsförbundet
11. Sveriges Kaninvälfärdförening
12. Svenska Kennelklubben
13. SVERAK
14. Sveriges Konsumenter
15. Vetpris

Försäkringsbolag och dess branschföreträdare

16. Svensk Försäkring
17. Agria
18. Svedea
19. Sveland Försäkringar
20. Dina Försäkringar
21. Trygg-Hansa
22. If
23. Folksam

Djursjukhus, veterinärkliniker och dess branschföreträdare

24. Sveriges Veterinärförbund
25. Gröna Arbetsgivare
26. Evidensia
27. Anicura
28. Svenska Veterinärgruppen
29. Arken Zoo
30. Blå Stjärnans Djursjukhus
31. Awake Djursjukhus
32. Djurakuten i Storstockholm AB
33. Lapplands Djurklinik
34. Din Vet Hbg
35. Hälsinge Smådjursklinik
36. Hemveterinären i Blekinge

5.1.2 De områden och förslag som respondenterna tagit ställning till

Enkäten är indelad i fem olika områden:

Det första området handlar om fördelar och nackdelar med att införa nationella behandlingsrekommendationer för vanliga behandlingar av sällskapsdjur inom djursjukvården.

Det andra området handlar om utifall prisinformationen till djurägare före diagnostisering och innan behandling påbörjas måste bli tydligare.

Det tredje handlar om att djursjukvårdstjänster i dag inte omfattas av konsumenttjänstlagen.

Det fjärde området handlar om att det i dag saknas allmänt tillgängliga priser på icke-profylaktisk vård, för de vanligaste sjukdomarna och skadorna på sällskapsdjur på klinikernas och djursjukhusens webbplatser.

Det femte området handlar om att det i dag saknas referenspriser inom djursjukvården i Sverige.

Avslutningsvis fanns det möjlighet för remissinstanserna att ge ytterligare synpunkter eller reflektioner avseende de fem områdena eller hur man kan förbättra pristransparensen inom djursjukvården för sällskapsdjur i Sverige.

5.2 Tabell över respondenternas svar på de fem övergripande frågorna

För att redovisa remissinstansernas uppfattning väljer Konkurrensverket att dela upp svaren i de frågor som hade fasta alternativ respektive möjlighet att ge fritextsvar. En aktör, Jordbruksverket, har valt att enbart besvara fritextfrågorna. Därför finns aktören med i sammanställningen av fritextsvaren men saknas i tabellen.

5.2.1 De frågor som respondenterna besvarat

I frågeformuläret som skickades ut till remissinstanserna återfinns fem frågor där respondenterna enbart hade fasta alternativ. Dessa frågor är:

- Håller ni med om att standardiserade behandlingsrekommendationer kan öka pristransparensen inom djursjukvården?
 - På denna fråga kunde respondenterna välja mellan svaren "håller helt med", "håller delvis med", "håller delvis inte med" samt "håller inte alls med".
- Anser ni att prisinformationen från klinik eller djursjukhus till djurägare måste bli tydligare, innan diagnostisering och innan behandling påbörjas?
 - På denna fråga kunde respondenterna välja mellan svaren "håller helt med", "håller delvis med", "håller delvis inte med" samt "håller inte alls med".
- Anser ni att även djursjukvårdstjänster bör omfattas av konsumenttjänstlagen?
 - På denna fråga kunde respondenterna välja mellan "ja", "nej" och "kan inte ta ställning".
- Anser ni att publicering av totalpriser för icke-profylaktisk vård på klinikernas eller djursjukhusens webbplatser bidrar till att öka pristransparensen för djurägare?
 - På denna fråga kunde respondenterna välja mellan "ja", "nej" och "kan inte ta ställning".

- Håller ni med om att ett system med referenspriser skulle vara lämpligt att införa inom djursjukvården i Sverige?
 - På denna fråga kunde respondenterna välja mellan svaren "håller helt med", "håller delvis med", "håller delvis inte med" samt "håller inte alls med".

5.2.2 Sammanfattning av respondenternas uppfattningar

Nedan följer en tabell över samtliga respondenters svar på de fasta frågorna.

Fråga Aktör	Standardiserade behandlings- rek.	Tydligare prisinformation	Konsument- tjänstlagen	Prisinformation på webbplatser	Referenspriser
Myndigheter, fackföreningar och akademi					
Konsumentverket	Håller helt med	Håller helt med	Kan inte ta ställning	Ja	Håller delvis med
Distriktsveterinärerna	Håller inte alls med	Håller helt med	Nej	Ja	Håller inte alls med
SLU	Håller delvis med	Håller delvis med	Kan inte ta ställning	Ja	Håller inte alls med
Professor Agneta Egenvall (SLU)	Håller delvis inte med	Håller helt med	Ja	Ja	Håller delvis med
Professor Odd Höglund (SLU)	Håller inte alls med	Håller helt med	Nej	Ja	Håller inte alls med
Intresseorganisationer och prisjämförelsetjänster					
Hundstallet	Håller helt med	Håller helt med	Ja	Ja	Håller helt med
Djurskyddet Sverige	Håller helt med	Håller helt med	Ja	Ja	Håller delvis med
Svenska Djurskyddsföreningen	Håller helt med	Håller delvis med	Ja	Ja	Håller delvis med
Svenska Kattskyddsförbundet	Håller delvis med	Håller delvis med	Kan inte ta ställning	Nej	Håller delvis med
Sveriges Kaninvälfärdförening	Kan inte ta ställning	Håller delvis med	Kan inte ta ställning	Ja	Håller delvis inte med
Svenska Kennelklubben	Håller helt med	Håller helt med	Ja	Ja	Håller helt med
Sverak	Håller delvis med	Håller delvis med	Kan inte ta ställning	Ja	Håller delvis med
Sveriges Konsumenter	Håller helt med	Håller helt med	Ja	Ja	Håller delvis med
Vetpris	Håller delvis med	Håller helt med	Ja	Ja	Håller delvis med
Försäkringsbolag och dess branschföreträdare					
Svensk Försäkring	Håller delvis med	Håller delvis med	Ja	Ja	Håller delvis med

Agria	Håller helt med	Håller helt med	Nej	Ja	Håller inte alls med
Svedea	Håller helt med	Håller helt med	Ja	Ja	Håller helt med
Sveland	Håller helt med	Håller helt med	Ja	Ja	Håller delvis med
Dina Försäkringar	Håller helt med	Håller helt med	Ja	Ja	Håller delvis med
Trygg-Hansa	Håller helt med	Håller helt med	Ja	Ja	Håller helt med
If	Håller helt med	Håller helt med	Kan inte ta ställning	Ja	Håller helt med
Folksam	Håller delvis med	Håller delvis med	Kan inte ta ställning	Ja	Håller helt med
Djursjukhus, veterinärkliniker och dess branschföreträdare					
Sveriges Veterinärförbund	Håller delvis inte med	Håller delvis inte med	Nej	Ja	Håller delvis med
Gröna Arbetsgivare	Håller delvis med	Håller delvis med	Nej	Nej	Håller inte alls med
Evidensia	Håller delvis inte med	Håller delvis med	Nej	Kan inte ta ställning	Håller inte alls med
Anicura	Håller delvis inte med	Håller delvis med	Kan inte ta ställning	Kan inte ta ställning	Håller delvis med
Svenska Veterinärgruppen	Håller inte alls med	Håller delvis inte med	Nej	Nej	Håller inte alls med
Arken Zoo	Håller delvis med	Håller delvis inte med	Kan inte ta ställning	Kan inte ta ställning	Håller delvis med
Blå stjärnan	Håller delvis inte med	Håller delvis med	Nej	Kan inte ta ställning	Håller inte alls med
Awake	Håller inte alls med	Håller delvis med	Nej	Nej	Håller inte alls med
Lapplands Djurklinik	Håller inte alls med	Håller helt med	Ja	Ja	Håller helt med
Din Vet Hbg	Håller delvis med	Håller delvis med	Kan inte ta ställning	Ja	Håller delvis med
Hälsinge Smådjursklinik	Håller delvis inte med	Håller delvis inte med	Kan inte ta ställning	Ja	Håller delvis med
Hemveterinären i Blekinge	Håller delvis inte med	Håller delvis med	Ja	Kan inte ta ställning	Håller delvis med

5.3 Sammanställning av fritextsvar från remissinstanserna

Nedan följer en sammanställning av de fritextsvar som fanns i enkäten. Frågorna anknyter till frågorna med fasta svarsalternativ och gav möjligheten för respondenterna att utveckla sina resonemang. Flera aktörer valde också att skicka in separata skrivelser som komplettering till fritextsvaren i enkäten. Sammanställningen rymmer även denna återkoppling.

5.3.1 Remissinstansernas uppfattning om införandet av nationella behandlingsrekommendationer

Frågorna som respondenterna tagit ställning till under detta område är:

- Vad ser ni för fördelar med nationella behandlingsrekommendationer för de vanligaste diagnoserna inom djursjukvården för sällskapsdjur?
- Vad ser ni för nackdelar med nationella behandlingsrekommendationer för de vanligaste diagnoserna inom djursjukvården för sällskapsdjur?

Svaren från myndigheter, akademi och forskning angående införande av nationella behandlingsrekommendationer

Respondenterna från myndigheter, akademi och forskning skriver i remissvaren att standardiserade behandlingsrekommendationer i bästa fall kan öka pristransparen- sen indirekt genom att förtydliga vilka åtgärder som vanligen ingår i en åtgärd. SLU anser exempelvis att standardiserade behandlingsrekommendationer kan tydliggöra rimliga "första steg" i vanliga tillstånd och bidra till att undvika onödiga test och åtgärder. Vidare skulle ett sådant system kunna underlätta kommunikationen genom att skapa ett gemensamt språk.

Flera myndighetsrepresentanter pekar på att tydligare processer kan skapa trygghet hos djurägarna och tjäna som ett stöd för mindre erfarna veterinärer. Jordbruks- verket skriver exempelvis att standardiserade behandlingsrekommendationer skulle ge djurägare bättre möjlighet att förstå och bedöma vårdprocessen och vad som brukar ingå i ett normalfall.

Samtidigt betonas att veterinärmedicinska fall varierar stort, vilket gör att en gemensam standard riskerar att bli alltför övergripande eller omfattande. En återkommande invändning är också att rekommendationen kan bli kostnadsdrivande ifall den tolkas som norm, speciellt ifall veterinärerna utgår från "golden standard".

Respondenterna påpekar att prisjämförelser mellan kliniker är svåra att göra eftersom de har olika kompetens, utrustning och nivå. Detta gör att samma åkomma behandlas olika beroende på klinik.

Flera respondenter menar också att det finns stora praktiska utmaningar att ta fram, förvalta och hålla rekommendationerna aktuella. Detta kräver resurser och legiti-

mitet. Distriktsveterinärerna som är starkt negativa till förslaget menar att risken för felaktiga jämförelser kan vilseleda snarare än hjälpa, och att systemet riskerar att bli administrativt tungt och resurskrävande.

Svaren från intresseorganisationer och prisjämförelsetjänster angående införande av nationella behandlingsrekommendationer

Bland intresseorganisationerna och Vetpris är grundinställningen övervägande positiv till standardiserade behandlingsrekommendationer för att öka pristransparensen. Svenska Kennelklubben menar exempelvis att detta kan leda till mer likformig och evidensbaserad vård, då många behandlingar kan likriktas med utrymme för motiverade avsteg. I huvudsak anser företrädarna för intresseorganisationerna att standardiserade behandlingsrekommendationer kan göra vården mer likvärdig och förutsägbar. Djurskyddet Sverige skriver till exempel att införandet av rekommendationer kan leda till tydlighet för djurägare och personal samt öka transparensen ifall kliniken tydligt anger att man följer rekommendationerna eller motiverar avsteg.

Ett annat argument som förs fram är att behandlingsrekommendationer skulle kunna underlätta kommunikationen med djurägaren. Ifall det tydligt framgår vilka åtgärder som normalt hör till en viss diagnos, skulle det vara enklare för djurägarna att jämföra och förstå prisnivåerna.

Flera organisationer kopplar frågan till djurvälstånd och rättssäkerhet. Svekatt skriver bland annat att standardiserade behandlingsrekommendationer kan öka transparensen och förutsägbarheten, minska omotiverade skillnader i behandling och pris samt stärka djurägarens möjlighet att fatta informerade beslut. Det framhålls vidare att exotiska djurslag skulle kunna vinna på gemensamma riktlinjer eftersom kompetensen varierar stort mellan olika kliniker. Sveriges Kaninvälståndsförening anser att gemensamma riktlinjer kan vara särskilt värdefullt för kaniner, eftersom många kliniker saknar tydliga arbetssätt för vanliga kaninåkommor.

Intresseorganisationerna ser dock även risker med att införa standardiserade behandlingsrekommendationer. En invändning är att rekommendationerna kan bli trubbiga när diagnoserna är breda och fallen varierar. Ett styrande regelverk skulle minska veterinärens handlingsutrymme. Vidare understryker intresseorganisationerna att prisjämförelser ofta är omöjliga före diagnos.

Flera organisationer varnar för att införande av standardiserade behandlingsrekommendationer skulle kunna leda till att en "golden standard" skulle bli norm, vilket skulle kunna driva upp priserna ytterligare och dessutom minska tillgängligheten. Vetpris varnar exempelvis för prisökningar om riktlinjer införs utan fullständiga ekonomiska konsekvensanalyser. Vidare befarar prisjämförelsetjänsten att för alltför hög ambitionsnivå kan begränsa individuella bedömningar och avtalsfrihet samt skapa rättsosäkerhet. Detta gäller speciellt om riktlinjerna är otydliga eller snabbt ändras.

Slutligen lyfter flera organisationer behovet av löpande uppdatering eftersom riktlinjerna annars riskerar att bli inaktuella. Djurskyddet Sverige påtalar att försäkringsbolagen i detta fall skulle kunna styra mot gamla riktlinjer trots effektivare alternativ. Hundstallet varnar också för att innovationen kan hämmas om rekommendationerna inte uppdateras i takt med utvecklingen.

Svaren från försäkringsbolagen och deras branschföreträdare angående införande av nationella behandlingsrekommendationer

Försäkringsaktörerna ser nationella behandlingsrekommendationer som ett verktyg som kan öka pristransparensen genom att göra vården mer jämförbar. Flera försäkringsbolag skriver att tydligare och mer enhetliga behandlingsplaner skulle förenkla dialogen om kostnader och möjliggöra för djurägaren att göra aktiva val. Svensk Försäkring menar att standardiserade behandlingsrekommendationer också skapar en struktur för vad en behandling bör omfatta och underlättar försäkringsbolagens bedömningar om vad som är skäliga kostnader. I förlängningen kan detta minska misstänklighöret av kliniker och minska djurens lidande, menar branschföreträdaren.

Folksam och If lyfter fram specifika kvalitetsvinster på så sätt att riktlinjer skulle kunna underlätta arbetet, stötta mindre erfarna veterinärer och förbättra analys av vårddata. Agria menar att handlingsfriheten för veterinärerna eller klinikerna skulle kunna minska, men bedömer ändå att fördelarna överväger för vanliga diagnoser.

If påpekar att riktlinjerna bör inkludera ett nyttokostnadsperspektiv och sträva efter att minska överbehandling. Svedea anser att standardiserade behandlingsrekommendationer skulle möjliggöra mer enhetlig prissättning, exempelvis paketpriser, vilket i sin tur skulle underlätta för djurägaren att välja behandling och klinik.

Försäkringsbolagen poängterar dock att det är viktigt hur behandlingsrekommendationerna utformas. Dina Försäkringar skriver att rekommendationerna måste utgå från en accepterad lägstanivå med hänsyn till djurvälstånd och baseras på Jordbruksverkets bedömning.

De farhågor som försäkringsaktörerna har vad gäller behandlingsrekommendationer är främst risken för att "golden standard" blir norm. Detta skulle i sin tur leda till ökade kostnader och att behandlingspaketen blir alltför omfattande och dyra. I svaren återfinns även farhågan att vården och försäkringsersättningen skulle kunna påverkas negativt ifall behandlingsrekommendationerna inte uppdateras eller blir inaktuella.

Svaren från djursjukhus, veterinärkliniker och deras branschföreträdare angående införande av nationella behandlingsrekommendationer

Generellt är veterinärernas företrädare skeptiska till standardiserade behandlingsrekommendationer. Framför allt ifall de används som ett prisinstrument. Några aktörer ser ett medicinskt värde i nationella och vägledande rekommendationer, framför allt som stöd till veterinärer och för att minska variationen vid behandling

av vanliga och okomplicerade tillstånd. Gröna Arbetsgivare bedömer exempelvis att riktlinjer kan bidra till ett gemensamt språk och därigenom bättre överskådlighet och pristransparens i enklare fall.

Evidensia och Svenska Veterinärgruppen ger uttryck för liknande uppfattningar och skriver att rekommendationer bland annat kan underlätta vårdval, utbildningsstöd och mer evidensbaserad vård. De betonar samtidigt att rekommendationer i första hand ska vara professionella verktyg och inte medel för att styra priserna på marknaden.

Veterinärerna och deras företrädare är mycket tveksamma till att koppla rekommendationer till pristransparens. Flera aktörer framhåller djursjukvårdens medicinska komplexitet. Till exempel skriver Hemveterinären i Blekinge att det är svårt att standardisera behandlingar generellt och att många behandlingar kan möta oväntade komplikationer under behandling och operation. Anicura påpekar att behandlingsplaner måste ta hänsyn till djurets medicinska bakgrund, diagnos, tillstånd, risker, och ägarnas önskemål vilket gör standardisering utmanande.

Vidare menar djursjukhusens och veterinärklinikernas företrädare att "Spectrum of Care" innehåller flera acceptabla vårdnivåer som kräver olika mycket resurser och leder till olika höga kostnader. Försök att standardisera vårdförloppet riskerar då att minska valfriheten för kunden. De stora djursjukhusen varnar därför för att standardiserade behandlingsrekommendationer riskerar att leda till minskat handlingsutrymme för djurägarna och mindre forskning och utveckling hos djursjukhusen.

5.3.2 Remissinstansernas uppfattning om behovet av tydligare prisinformation från klinik eller djursjukhus till djurägare innan diagnostisering och behandling

Under frågan om prisinformation från klinik eller djursjukhus till djurägare fanns det möjlighet att skriva ett fritextsvar. Frågan uttrycktes enligt nedan i enkäten.

- Inkom gärna med egna förslag avseende att prisinformationen till djurägare innan diagnostisering och innan behandling påbörjas måste bli tydligare.

Svaren från myndigheter, akademi och forskning angående behovet av tydligare prisinformation från klinik eller djursjukhus till djurägare

Respondenterna från myndigheter, akademi och forskning uppger att det finns stora fördelar med tidig prisinformation. De är överens om att prisinformationen behöver bli tydligare och mer tillgänglig innan djurägaren tar ställning till fortsatt utredning och behandling.

Konsumentverket skriver att tydligare förhandsinformation och specificerade prisuppgifter stärker konsumentskyddet och underlättar informerade val. Distriktsveterinärerna anser att tydligare prisinformation kan öka transparensen och tryggheten. Att känna till priset per åtgärd och vad som ingår är centralt.

Flera respondenter föreslår praktiska modeller som pris per åtgärd, prisuppgifter för vanliga insatser samt en prissättning där man separerar kostnaden för första veterinärbedömningen från vidare diagnostik och behandling. Exempelvis vill professor Odd Höglund från SLU se fler konkreta prisuppgifter på webben och exemplifierar med att kliniken ska kunna skriva ut vad en röntgenundersökning med ett visst antal projektioner kostar.

Remissinstanserna påpekar dock att det finns begränsningar. Totalpris är ofta svårt eller omöjligt att ge före klinisk undersökning. Detta gäller framför allt vid diffusa symptom eller vid akuta tillstånd där vårdbehovet kan ändras snabbt. Respondenterna betonar vidare att bättre prisinformation inte nödvändigtvis betyder att djurägaren får en uppgift om totalkostnaden i förväg. I stället handlar det om att klinikerna har ett system för hur prisuppgifter ges och att de redovisar kostnaden för olika alternativ och val.

Svaren från intresseorganisationer och prisjämförelsetjänster angående behovet av tydligare prisinformation från klinik eller djursjukhus till djurägare

Det finns ett starkt stöd för tydligare prisinformation hos intresseorganisationerna och Vetpris. Dessa är överens om att prisinformationen måste bli mer begriplig och tillgänglig innan djurägaren går vidare med diagnostik och behandling. Flera organisationer förespråkar att information om prisspann, snittpriser eller medianpriser med intervall ges redan vid bokning för vanliga åkommor och vårdmoment. Svekatt skriver exempelvis i sitt remissvar att tydliga prisintervall och kostnadstak per steg, samt krav på aktivt godkännande vid kostnadsökningar, stärker djurägarens ställning och minskar oväntade kostnader. Sveriges konsumenter tillägger att det är önskvärt att kunna ta med sig resultat från exempelvis blodprover och röntgen ifall djurägaren väljer att byta klinik efter att en behandling påbörjats.

Vetpris anser att tydlig, jämförbar och tillgänglig prisinfo i förväg är en grundförutsättning för att djurägaren ska kunna ta beslut och menar vidare att samlad prisinformation, typfall och vårdpaket bör vara ett krav för att möjliggöra informerade val och minska konflikter. Svenska Kennelklubben påpekar att klinikerna redan har data i sina journalsystem som möjliggör för dem att publicera snittpriser och prisspann, även uppdelat på ordinarie besök och akuta besök under jourtid.

Samtidigt framhåller organisationerna att prisinformation för djurens hälso- och sjukvård alltid måste hantera osäkerhet. Vårdbehovet är ofta svårt att förutsäga och därför kan det vara svårt att ange ett totalpris i ett tidigt skede. Respondenterna påpekar att djurägare är olika, vissa vill ha mer detaljerad information medan andra vill säkerställa att djuret får vård till varje pris. Avslutningsvis får åtgärderna inte bli så administrativt tyngande att de driver upp kostnaderna.

Svaren från försäkringsbolag och dess branschföreträdare angående behovet av tydligare prisinformation från klinik eller djursjukhus till djurägare

Försäkringsaktörerna är överens om att prisinformationen måste bli tydligare och komma tidigare i processen. De välkomnar praktiska lösningar som minskar osäkerheten. Agria vill ha transparenta prislistor för vanliga behandlingar och att prisuppgifterna kompletteras med behandlingsplaner där olika kostnadsalternativ framgår. Folksam föreslår i stället preliminära prisintervall om vilka faktorer som påverkar slutkostnaden.

Svensk Försäkring framhåller vikten av att kliniker är tydliga med ingångskostnader, såsom grundundersökning och akutpåslag, förbättrar prisinformationen vid inskrivningen och redovisar kostnaderna mer specificerat på kvittona. Sveland jämför kostnaden för djursjukvård med bilverkstäderna. Först kommer en kostnad för felsökning men sedan får verkstadskunden ett besked om vad reparationen kommer att kosta. Försäkringsbolaget menar att det är fullt möjligt att ha en löpande dialog om tillkommande kostnader.

Samtidigt tillstår försäkringsaktörerna att det är svårt att ange exakta totalpriser före diagnos. Därför är det en fördel med förslag som bygger på triage och stegvisa beslut.

Svaren från djursjukhus, veterinärkliniker och dess bransch-företrädare angående behovet av tydligare prisinformation från klinik eller djursjukhus till djurägare

Det finns en bred samsyn om att prisdialogen behöver fungera bättre hos djursjukhusen, veterinärklinikerna och dess företrädare. Lapplands Djurklinik är tydligast och vill se tidig och tydlig prisinformation och att fler priser publiceras publikt. Evidensia och Svenska Veterinärgruppen betonar att prisinformationen bör vara konkret och realistisk samt att det ska finnas en kommunikation med djurägaren om vilka faktorer som påverkar slutpriset. Evidensia föreslår att skriftlig prisinformation efter konsultation för komplex vård blir norm.

Samtidigt betonas svårigheterna att ta fram prisuppgifter som kan publiceras. Anicura menar att slutliga kostnader kan vara svåra eller omöjliga att fastställa i förväg och betonar istället vikten av transparent och kontinuerlig dialog med djurägaren under vårdresan. Awake påpekar att det inte går att ge meningsfulla prisuppgifter för multisjuka eller akut sjuka djur före undersökning. Gröna Arbetsgivare utvecklar resonmenaget genom att peka på att stora prisintervall i ett tidigt skede kan skapa oro och att bindande priser kan slå hårt mot små aktörer. Hälsinge Smådjursklinik problematiserar frågan ytterligare och menar att en erfaren veterinär ofta kan ge behandlingsråd i ett tidigt skede medan en oerfaren veterinär kan behöva flertalet undersökningar och även konsultera kollegor för att komma fram till samma slutsats.

Sveriges Veterinärförbund påpekar slutligen att krav på prisbesked i varje skede ökar den administrativa bördan, något som också de mindre klinikerna uttrycker farhågor om. Ökad administrativ börda tar tid från verksamheten och driver kostnader.

5.3.3 Remissinstansernas uppfattning om djursjukvårdstjänster bör omfattas av konsumenttjänstlagen

I enkäten konstaterar Konkurrensverket att djursjukvårdstjänster idag inte omfattas av konsumenttjänstlagen. Här kunde respondenterna utveckla sin uppfattning som svar på frågan:

- Redogör för skälen till er ståndpunkt kring huruvida bestämmelser motsvarande konsumenttjänstlagen även bör omfatta djursjukvårdstjänster

Svaren från myndigheter, akademi och forskning angående om djursjukvårdstjänster bör omfattas av konsumenttjänstlagen

Respondenterna från myndigheter, akademi och forskning är avvaktande i sina svar om huruvida djursjukvårdstjänster bör omfattas av konsumenttjänstlagen. Varken Jordbruksverket, Konsumentverket eller Distriktsveterinärerna vill ta definitiv ställning. Konsumentverket skriver dock att frågan bör utredas noggrant och att djursjukvårdens särart kan kräva särskilda anpassningar. Samtidigt finns det ett konsumentskyddsintresse i att reglerna är tydligare. SLU påpekar dock att konsumentinriktade principer, som att prisuppgifter inte bör överskridas utan godkännande, kan stärka djurägarnas ställning.

Distriktsveterinärerna är negativa eftersom de anser att konsumenttjänstlagens fel- och skadestandsregler inte passar för veterinärmedicin. De befärar att det finns risk för orimligt långtgående ansvar.

Svaren från intresseorganisationer och prisjämförelsetjänster angående om djursjukvårdstjänster bör omfattas av konsumenttjänstlagen

Huvuddelen av intresseorganisationerna anser att djursjukvårdstjänster bör omfattas av konsumenttjänstlagen. Skälen de anger är stärkt konsumentskydd, tydligare rättigheter och bättre tvistlösning. Djurskyddet Sverige skriver exempelvis att de ser stora fördelar och att det skulle bli tydligare för djurägaren och Hundstallet menar att det skulle stärka djurägarens ställning och förutsägbarheten. Sveriges konsumenter skriver att de har svårt att se att det skulle vara en nackdel för djurägarna. De menar att djurägarna är i en speciellt utsatt situation på grund av att det i många fall är en kär familjemedlem som omfattas och att köpen sker sällan.

Svenska Kennelklubben menar vidare att konsumentskyddet skulle öka om djursjukvårdstjänster omfattas av konsumenttjänstlagen och att det skulle vara enklare att opponera sig mot oskäligen priser ifall det gick att pröva ärendet i ARN.

Tre organisationer, Svekatt, Sverak och Sveriges Kaninvälfärdförening väljer att inte ta ställning i frågan. Vetpris påpekar att en reglering måste ta hänsyn till att veterinärmedicin inte kan garantera ett visst resultat. Hundstallet resonerar på liknande sätt och menar att även om Konsumenttjänstlagen tillämpas bör den rymma kostnadsintervall och undantag för akuta och svårförutsägbara situationer.

Svaren från försäkringsbolag och dess branschföreträdare angående om djursjukvårdstjänster bör omfattas av konsumenttjänstlagen

Försäkringsbolagen är inte överens om djursjukvårdstjänster ska omfattas av konsumenttjänstlagen eller inte. Många tongivande aktörer, Dina Försäkringar, Svedea, Sveland, Trygg Hansa och branschföreträdaren Svensk Försäkring ställer sig bakom förslaget och anser att ett tydligare juridiskt ramverk skulle stärka konsumentskyddet. Detta gäller speciellt eftersom djurägarna ofta befinner sig i ett kunskapsmässigt underläge och en ekonomiskt pressad situation.

Svensk Försäkring argumenterar vidare för behovet av en säkrare tvistelösning, tydlighet för kunden och ett förbättrat skydd för veterinärerna genom klara spelregler. Sveland skriver att det i dag är oklart för många djurägare vart de kan vända sig med klagomål kring priser och bemötande.

Den största aktören Agria är dock emot förslaget eftersom de vill prioritera att införa andra åtgärder först, främst då tydliga prisuppgifter och behandlingsrekommendationer. If och Folksam vill inte ta ställning men påpekar att veterinärmedicinsk vård av levande varelser skiljer sig väsentligt från andra konsumenttjänster. Om djursjukvård ska omfattas av konsumenttjänstlagen är det viktigt att tillämpningen anpassas för frågor om etik, fackmässighet och skadestånd.

Svaren från djursjukhus, veterinärkliniker och dess branschföreträdare angående om djursjukvårdstjänster bör omfattas av konsumenttjänstlagen

Majoriteten av respondenterna som företräder veterinärerna avstyrker förslaget om att djursjukvårdstjänster bör omfattas av konsumenttjänstlagen. Många av dessa, bland annat Awake, Blå Stjärnan, Evidensia, Svenska Veterinärförbundet och Gröna Arbetsgivare, argumenterar i svaren för hur veterinärmedicin skiljer sig från vanliga konsumenttjänster. Diagnosen är osäker, utfallet inte känt i förväg och vårdplanerna kan behöva ändras snabbt vid akuta situationer eller ifall komplikationer tillstöter. Ett regelverk som bygger på statiska pris- och felregler passar inte denna typ av tjänster som ska utgå från medicinska bedömningar, menar de.

Anicura är mer försiktiga men skriver att en inkludering av veterinärtjänster som ofta är komplexa i den mer allmänna Konsumenttjänstlagen måste ta noggrann hänsyn till särdrag och vara förenlig med befintlig veterinärreglering för att undvika negativa effekter på djurens välfärd och tillgång till vård.

Flera respondenter argumenterar i stället för branschledda och sektorsspecifika åtgärder för transparens som passar marknaden för djurens hälso- och sjukvård bättre.

Lapplands Djurklinik och Hemveterinären i Blekinge utgör undantag genom att stödja förslaget. De anser att tillämpningen av konsumenttjänstlagen skulle stärka kundskyddet och göra priserna tydligare.

5.3.4 Remissinstansernas uppfattning om publicering av priser för icke-profylaktisk vård på webbplatser

Vad gäller remissinstansernas uppfattning om publicering av priser kunde respondenterna utveckla sina resonemang genom att svara på följande fråga:

- Redogör för er inställning kring publicering av totalpriser avseende icke-profylaktisk vård på klinikers och djursjukhus webbplatser.

Svaren från myndigheter, akademi och forskning om publicering av priser för icke-profylaktisk vård på webbplatser

Respondenterna från myndigheter, akademi och forskning ser i stor utsträckning publicering av totalpriser och prisexempel som positivt för pristransparensen. Detta gäller framför allt för vanliga diagnoser, typiska åtgärdspaket och tydligt definierade insatser.

Exempelvis Distriktsveterinärerna och SLU betonar att djurägarna efterfrågar förutsägbarhet och att prisexempel kan bidra till en förståelse för vad som brukar ingå. Professor Agneta Egenvall påpekar att typfall kan underlätta och även skapa tydlighet gentemot försäkringsbolagen. Även pris på enskilda åtgärder kan vara värdefulla för djurägarna att känna till.

Det finns dock begränsningar och risk för att jämförelserna inte blir rättvisande. Jordbruksverket påtalar exempelvis att djurägaren måste kunna väga pris mot vårdförmåga (såsom utrustning, stationärvård och öppettider) eftersom jämförelsen annars blir orättvis.

Svaren från intresseorganisationer och prisjämförelsetjänster om publicering av priser för icke-profylaktisk vård på webbplatser

De flesta organisationerna är positiva till publicering av pris som ett verktyg för att förbättra transparensen. Flera respondenter framhåller att publicerade prisexempel, snittpriser och prisintervall ger djurägarna bättre möjlighet att fatta informerade beslut och jämföra kliniker. Detta kan i sin tur dämpa omotiverade prisökningar. Exempelvis Djurskyddet Sverige och Svenska Kennelklubben beskriver publicering av priser på webbplatsen som en viktig reform och att det går att hantera den variation som finns genom att skriva villkor. Ett exempel skulle vara att ange pris för en behandling utan komplikationer, respektive med tillägg och för jour. Djurskyddet Sverige ser publicering av priser med villkor som en av de viktigaste åtgärderna, där det ska finnas en tydlig beskrivning av vad som ingår och vad som kan tillkomma. Flera organisationer menar dock att publicering av prisintervall är mer realistiskt än fasta totalpriser.

Samtidigt ser organisationerna vissa risker. Fasta totalpriser kan bli kostnadsdrivande i sig. Djurägarna kan också känna sig vilseledda ifall priset på webbplatsen inte överensstämmer med det egna totalpriset. Sverak pekar på att komplikationer och multisjuka djur leder till att prisinformationen kan bli missvisande.

Svaren från försäkringsbolag och dess branschföreträdare om publicering av priser för icke-profylaktisk vård på webbplatser

Aktörerna är i stort överens om att publicering av priser för icke-profylaktisk vård kan öka transparensen, men betonar samtidigt att utformningen av prisinformationen är avgörande.

Flera respondenter menar att publicering av priser ger djurägarna en möjlighet att jämföra priserna och fatta beslut före besöket. Detta gäller främst för åkommor där vården är förhållandevis standardiserad och mindre komplex. Folksam understryker att publicerade priser ger trygghet och bättre kontroll samt leder till bättre transparens gentemot försäkringsbolagen. Sveland påpekar att klinikerna redan har underlag i sina interna prislistor och journalsystem, vilket skulle möjliggöra för dem att enkelt ta fram exempel för vissa åtgärder.

Samtidigt återkommer respondenterna till att fasta totalpriser fungerar sämre vid mer komplex och avancerad vård. Svensk Försäkring varnar för att totalpriser kan bli missvisande och att klinikerna kan tvingas sätta dem för högt för att täcka alla eventualiteter. Detta riskerar i förlängningen att drabba djurägarna.

Flera aktörer föreslår därför prisintervall och tydliga villkor. Agria efterfrågar prisspann när behandlingen inte är känd medan Trygg-Hansa vill att klinikerna ska ange standardpris men kommunicera avvikelser (exempelvis vid jour eller mer komplicerade ärenden).

Svaren från djursjukhus, veterinärkliniker och dess branschföreträdare om publicering av priser för icke-profylaktisk vård på webbplatser

Flera av företrädarna för djursjukhusen och klinikerna framhåller att det är svårt att publicera totalpriser för icke-profylaktisk vård på grund av den stora variationen och vårdnivån. Awake och Svenska Veterinärgruppen avråder helt med argumentet att medicinska bedömningar och kostnader inte kan fastställas utan undersökning och att priserna därmed riskerar att bli felaktiga. Detta gäller speciellt i akuta och komplicerade fall.

Gröna Arbetsgivare utvecklar resonemanget och argumenterar för att prislistor kan skapa missvisande jämförelser mellan kliniker som skiljer sig vad gäller vårdens innehåll, kompetens och utrustning. Anicura uttalar sig på samma sätt och menar att behandlingar kan framstå som jämförbara mellan kliniker utan att vara det i praktiken, då det bland annat kan finnas skillnader i patientsäkerhet, utrustning, anestesi, vårdalternativ och erfarenhet hos veterinärerna. Dessutom ökar prislistor administrationen och kan leda till att priserna drivs upp genom att klinikerna lägger till en riskpremie för att gardera sig mot oväntade händelser. Även Evidensia

argumenterar på liknande sätt och varnar för att den transparens som uppnås riskerar att bli falsk och priserna felaktiga.

Samtidigt finns det också branschaktörer som efterfrågar mer prispublicering. Lapplands Djurklinik efterfrågar publicering av totalpriser, något de anser bör vara ett krav för alla kliniker att publicera. Sveriges Veterinärförbund anser att publicering av priser är positivt så länge det är knutet till "Spectrum of Care". Utan angiven vårdnivå anser förbundet att prisjämförelserna blir missvisande och begränsande eftersom samma diagnos ofta kan hanteras på flera sätt med olika kostnadsnivå. Blå Stjärnan föreslår publicering av tydliga prisuppgifter för vanliga åtgärder, paketpriser för ingrepp utan komplikationer (exempelvis kejsarsnitt eller tandextraktion), avgifter för inskrivning och vård per dygn.

5.3.5 Remissinstansernas uppfattning om införande av system med referenspriser

Vad gäller referenspriser fick respondenterna svara på följande fråga:

- Redogör för era synpunkter om referenspriser.

Svaren från myndigheter, akademi och forskning angående införande av system med referenspriser

Frågan om referenspriser får överlag ett kritiskt mottagande av respondenterna från myndigheter, akademi och forskning. Även om aktörerna ser fördelar så överväger nackdelarna. Konsumentverket framhåller dock att referenspriser kan vara hjälpsamma för konsumenterna, men bara ifall de är utformade på ett sådant sätt att de inte blir missvisande.

Vad gäller respondenternas farhågor framhålls risken för prissignalering och priskarteller. Eftersom marknaden för djurens hälso- och sjukvård är koncentrerad finns det en uppenbar risk för att priserna kommer att gå upp ifall referenspriser införs. Distriktsveterinärerna påpekar att det är svårt att definiera reserenspriser utan standardiserade behandlingar och påminner om att den tidigare referensprislistan togs bort eftersom den befarades underlätta kartellbildning.

Professor Odd Höglund från SLU menar vidare att referenspriser riskerar att hämma djursjukvården och "lägga en våt filt över utveckling och investeringar".

Svaren från intresseorganisationer och prisjämförelsetjänster angående införande av system med referenspriser

På frågan om referenspriser skiljer sig svaren mer åt än vad gäller övriga frågor bland intresseorganisationerna. Hundstallet och Svenska Kennelklubben är tydligt positiva och hänvisar till Tysklands GOT-system och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV). De menar att referenspriser kan underlätta jämförelser och minska osakliga prisvariationer. Andra aktörer är mer försiktigt positiva och talar om referenspriser i begränsad utsträckning, för särskilt tydliga och standardiserbara

åkommer. De menar också att referenspriserna i så fall ska ses som vägledning snarare än bindande. Djurskyddet Sverige föreslår att en referenslista ska reglera klinikernas prissättning, men inte användas som ett verktyg för att begränsa försäkringsersättningen. De påpekar att referenspriser inte ska användas för att begränsa ersättningen från djurförsäkringen, eftersom det kan försvaga djurskyddet om nödvändig behandling inte täcks.

Övriga invändningar rör främst konkurrensaspekter och likvärdighet. Sverak påminner om att tidigare prislista bedömts kunna underlätta kartellbildning och efterfrågar tydlighet om vad som förändrats därvidlag. Sveriges Kaninvälfärd-förening poängterar att samma behandling kan skilja mycket i kvalitet och förutsättningar, beroende på kompetens och utrustning.

Vetpris pekar på strukturella hinder för att införa referenspriser genom att det inte finns någon statlig huvudfinansiär. De varnar också för att felaktigt sätta nivåer dessutom skulle påverka tillgänglighet och utbud, framför allt tillgång till djursjukvård under jourtid.

Svaren från försäkringsbolag och dess branschföreträdare angående införande av system med referenspriser

Det finns olika uppfattningar om införande av referenspriser bland respondenterna från försäkringsbolagen och deras branschföreträdare. Flera aktörer stöder dock införandet av ett sådant system eftersom de menar att referenspriser bidrar till ökad förutsägbarhet och jämförbarhet. Detta genom att kunderna får tydligare kostnadsuppfattning och vad som omfattas av försäkringen. Folksam påpekar dock att referenspriser måste uppdateras regelbundet och redogöra för olika vårdnivåer, där det framgår vem som finansierar vården.

Samtidigt motsätter sig den största försäkringsaktören Agria införandet av referenspriser. De menar att ett sådant system riskerar att begränsa konkurrensen och hämma investeringarna och utvecklingen i branschen. Flera andra aktörer som i grunden är positiva till införandet av referenspriser ger vidare uttryck för farhågor om att referenspriser kan leda till prisstegringar. Respondenterna kopplar därför ofta frågan om referenspriser till frågan om ersättningstak och att försäkringsbolagen ska ersätta upp till referensnivån. Sveland varnar slutligen för att veterinärvårdens stora bredd av åtgärder gör systemet komplext och sannolikt kostsamt att införa.

Svaren från djursjukhus, veterinärkliniker och dess branschföreträdare angående införande av system med referenspriser

Det finns ett starkt motstånd mot att införa referenspriser från de stora vårdgivarna. Evidensia, Svenska Veterinärgruppen, Blå Stjärnan, Awake och Gröna Arbetsgivare motsätter sig förslaget helt. De skriver att referenspriser riskerar att bli ett prisgolv som driver priserna uppåt, begränsar konkurrensen och hämmar innovationen. Detta samtidigt som systemet i sig kräver omfattande administration. Branschorganisationen poängterar att internationella system för referenspriser (som

Tysklands GOT-system) innebär betydande administrativ börda och att detta främst kan missgynna mindre aktörer. Anicura utgör dock ett undantag genom svaret att de delvis håller med om att referenspriser kan vara lämpligt att införa. De menar dock att referensprissystem kräver tydliga protokoll så att sannolika avvikelser kan förklaras på ett transparent sätt till djurägare. Kedjan varnar vidare för att referensprissystem riskerar att flytta fokus från individanpassad vård till en standardmodell, vilket i förlängningen kan påverka kvalitet och forskning.

De mindre klinikerna är dock betydligt mer positiva till förslaget än djursjukhusen. Hälsinge Smådjursklinik skriver exempelvis att referenspriser kan vara bra om de tas fram på relevant sätt och håller en rimlig nivå i pris och kvalitet. Hemveterinären i Blekinge skriver att det skulle vara en fördel för försäkringsbolagen som skulle kunna säga att de ersätter till referenspriset. Samtidigt tror respondenten att det skulle slå hårt mot de stora aktörerna på marknaden.

Sveriges Veterinärförbund är också försiktigt positivt men poängterar att olika nivåer på vård gör det svårt att sätta ett enda pris per diagnos eller symptom. Förbundet påminner också om att referenspriserna måste uppdateras kontinuerligt, vilket i sig är kostnadskrävande.

Lapplands Djurklinik utmärker sig genom att helhjärtat ställa sig bakom förslaget. Aktören menar att referenspriser tydliggör vad som är ett rimligt pris för kunden, men noterar samtidigt att stora individuella skillnader kan göra referenspriset missvisande.

5.3.6 Övriga synpunkter från remissinstanserna

Avslutningsvis kunde remissinstanserna lämna in ytterligare återkoppling. Detta gjordes som svar på följande fråga:

- Har ni några ytterligare synpunkter eller reflektioner avseende de fem områdena eller hur man kan förbättra pristransparensen inom djursjukvården för sällskapsdjur i Sverige?

Övriga synpunkter från myndigheter, akademi och forskning

Här pekar flera respondenter från myndighet och akademi ut konkreta områden där pristransparensen och kommunikationen skulle kunna förbättras utan några ingripande strukturella förändringar. Exempel som framförs är att göra prisexempel på klinikernas hemsidor till norm och att lämna prisuppgifter för specifika moment.

Jourkostnader är ett problemområde som lyfts fram, bland annat av professor Agneta Egenvall från SLU, där variationerna är stora och djurägarna upplever bristande förutsägbarhet. Vad gäller jourkostnader så behövs bättre transparens och tydligare förklaringar.

SLU påpekar att prisregleringar riskerar att hämma kvalitetsutvecklingen och skriver att det är viktigt att det fortsatt finns utrymme för enklare och mer kostnadseffektiv vård.

Övriga synpunkter från intresseorganisationer och prisjämförelsetjänster

Intresseorganisationerna tar upp både övergripande och mer praktiska frågor under denna punkt. Hundstallet menar att fler personalägda kliniker skulle kunna stärka transparensen och återskapa förtroendet för branschen. De föreslår att subventionerad djursjukvård ska utredas och hänvisar till Tyskland och Frankrike som länder att ta inspiration ifrån vad gäller arbetet med att öka insynen och kräva professionellt ansvar.

Sveriges Kaninvälfärdförening påpekar att de exotiska sällskapsdjuren inte får hamna i skymundan.

Avslutningsvis betonar flera organisationer vikten av att inte införa åtgärder som leder till oönskade sidoeffekter. Svekatt påtalar risken för ökad administration och högre kostnader. Vetpris delar oron för att ökade regleringar leder till kostnadsökningar och framhåller vikten av ekonomiska konsekvensanalyser för alla åtgärder. Prisjämförelsetjänsten förespråkar åtgärder som fokuserar på fungerande konkurrens och avtalsfrihet som ger djurägaren möjlighet att välja vårdnivå. Flera organisationer skriver att det är viktigt att tillgängligheten inte försämras som ett resultat av ökade regleringar.

Övriga synpunkter från försäkringsbolag och dess branschföreträdare

Under övriga frågor återfinns viss självkritik hos försäkringsbolagen och deras företrädare. Flera aktörer berör den onda cirkel som de menar att höjda premier och höga ersättningsnivåer skapat. Vad gäller åtgärder för att komma till rätta med detta skiljer sig dock förslagen mellan de olika aktörerna.

Agria efterfrågar strukturerade åtgärder som standardisering av debiteringsposter och vårdförlopp, bättre informationsdelning mellan vårdgivare och förbättrad tillgänglighet till jourvård. Försäkringsbolaget efterlyser också tydligare rutiner för remittering och att djurägare ska välja mellan olika nivåer på behandlingsalternativ.

Svensk Försäkring menar att bättre transparens och referenspriser kan dämpa prisutvecklingen både vad gäller vårdkostnaderna och försäkringspremierna. Folksam vill få till stånd ett bättre samarbete med klinikerna om vårdnivå och efterfrågar tjänster som vägleder djurägarna. Aktören varnar samtidigt för att felaktigt utformade regleringar kan driva upp vårdkostnaderna och missgynna kunderna.

Övriga synpunkter från djursjukhus, veterinärkliniker och dess branschföreträdare

Representanterna från djursjukvården byter i sina övriga synpunkter fokus från pristransparens hos kliniker och djursjukhus till kunskaper och incitament hos djurägarna. Awake vill till exempel att djurägarna ska förstå skillnaden mellan olika

vårdgivare så att val görs utifrån medicinskt behov och inte bara utifrån pris. Djursjukhuset vill att det ska bli tydligare vilka kostnader som följer av att dygnet-runt-öppet och specialistkompetens samt jourpåslagen är transparenta. Blå Stjärnan efterfrågar praktiska verktyg att använda för prisdialog och jämförelse och betonar att det ofta är enklare att prata om pris utifrån specificerade behandlingsmoment än utifrån diagnos.

Både Evidensia och Svensk Djursjukvård vill att försäkringarnas roll för djurägarens kostnad blir belyst. Evidensia pekar på att undantag i försäkringen, ersättningstak, självrisker och direktfakturering gör det svårt för kunden att förstå slutkostnaden. Vidare är det inte säkert att försäkringsskyddet är anpassat till medicinska framsteg och kostnadsutveckling, vilket kan leda till stora egna kostnader för djurägaren. Svensk Djursjukvård menar vidare att arbetet för ökad transparens även bör omfatta försäkringsvillkor. Organisationen tipsar även om att sänkt moms på djursjukvård skulle minska kostnaderna direkt.

6 Bilaga 6. Sammanställning och analys av fritextsvar från Konkurrensverkets enkät riktad till djurägare

6.1 Bakgrund till studien

I kapitel 6 i rapporten "*Åtgärder för att förbättra pristransparensen inom djursjukvården*" redogör Konkurrensverket för djurägarnas syn på pristransparensen inom djursjukvården. Kapitlet är uppdelat i två övergripande delar. Den första delen⁵⁵ är en sammanfattning av resultatet av det samråd som Konkurrensverket haft med djurrätts- och konsumentorganisationer. Den andra delen⁵⁶ handlar om djurägarnas uppfattningar som de uttryckts i svaren på frågorna i den enkät som Konkurrensverket publicerat sommaren 2025.

Denna bilaga är en redogörelse för en del av återkopplingen från den enkäten, nämligen djurägarnas möjlighet att komplettera svaren på frågorna i enkäten med en beskrivning av egna uppfattningar och erfarenheter genom fritextsvar.

Sammanlagt svarade 2 632 personer på frågorna i enkäten. Mer än hälften av de svarande, eller 1 420 personer, valde också att skriva ett fritextsvar.

6.2 Djurägarnas egna uppfattningar och erfarenheter

En stor andel av dem som svarat på enkäten tog alltså vara på möjligheten att skriva ett mer utförligt fritextsvar som komplement till svaren på de övriga frågorna i enkäten. Den fråga de svarade på löd enligt följande:

- Är det något mer du vill dela med dig av till Konkurrensverket gällande prisutvecklingen, pristransparensen eller konkurrensen på djursjukvårdsmarknaden?

Trots att svaren är unika och utgår från varje djurägars egen situation så går det vid en analys att urskilja åtta områden som djurägarna valt att fokusera på i sina svar.

Dessa områden är:

1. Snabb prisökning och hög prisnivå
2. Bristande pristransparens och informationsbrist i djursjukvården

⁵⁵ Se 6.1 Konkurrensverkets samråd med intresseorganisationer som tar tillvara djurens och djurägarnas rättigheter.

⁵⁶ Se 6.2 Konkurrensverkets frågor till djurägarna.

3. Kritik mot försäkringsbolagens agerande
4. Marknadskoncentration och de stora kedjornas inflytande
5. Brist på tillgänglighet och kompetens i djursjukvården
6. Vikten av djurskydd, etik och hög kvalitet i djursjukvården
7. Konsekvenser av marknadens situation för djurägare och djurens välfärd
8. Förslag på förändringar.

Många av svaren anknyter till de frågor som behandlats tidigare i enkäten, men respondenternas kommentarer breddar också perspektivet. En stor del av svaren rör varför situationen ser ut som den gör, konsekvenserna därav och förslag för att förbättra djursjukvården i Sverige.

6.2.1 Snabb prisökning och hög prisnivå

Det är tydligt att många djurägare är upprörda över de senaste årens prisökningar och det höga prisläge som blivit resultatet av prisutvecklingen.

Beskrivningarna innehåller både konkreta exempel på enskilda åtgärder som ökat dramatiskt i kostnad på kort tid, och mer övergripande resonemang om den generella prisnivån. Som en djurägare skriver: *Senaste veterinärbesöket med min hund, kostade lika mycket som HELA min årsinkomst!!! Tack ock lov har jag släkt och vänner som kan hjälpa mig med betalningen."*

Flera djurägare framhåller att skillnaderna mellan år, kliniker och regioner är så stora att dessa förefaller vara orimliga. Ett återkommande exempel är kejsarsnitt på hund, där djurägare vittnar om att kostnaden mer än fördubblats på ett år. Som en djurägare uttrycker sig: *"2022 snittade jag en tik där det kostade 26 000 kr, samma tik året efter där det istället kostade 64 000 kr, deras försvar var att priserna ökat."*

Ett annat exempel gäller livmoderinflammation (pyometra), där respondenter beskriver hur priset för en operation kan skilja många tiotusentals kronor beroende på klinik, tidpunkt och komplikationer. Just livmoderinflammation förekommer ofta i svaren som ett exempel där priserna varierar väldigt mycket. En djurägare skriver: *"Min tik fick pyometra förra året. [Djursjukhus A] skulle ha 60 000 för att operera. [Klinik B] tog 21 000 och då tog man även bort 3 juvertumörer. Det är inte ok med denna skillnad."* En annan respondent skriver: *"Det råder fri prissättning på marknaden. Det skiljer sig ofta väldigt mycket i pris. En pyometra exempelvis kan kosta mellan 30 000 kr till 80 000 kr. Jag kan tycka att det inte är rimligt att operation av samma åkomma kan skilja så enormt mycket i pris."*

Även priserna på enklare ingrepp och åtgärder uppfattas som orimligt höga. Det förekommer också en stor variation mellan klinikerna för åtgärder som beskrivs på samma sätt, exempelvis tandstensborttagning. Prisskillnaden på att dra ut mjölk-tänder upplevs vidare som väldigt stora. Som en djurägare uttrycker sig: *"Hos vissa kostar det 1 500 kr, medan [djursjukhusen] tar 10–15 000 kr för samma åtgärd."*

Det är inte enbart de faktiska beloppen som väcker reaktioner, utan även den snabba prisutvecklingen. Många betonar att priserna "skenat iväg" och beskriver ökningarna på hundratals procent under en relativt kort tidsperiod.

Djurägare jämför ofta den svenska prisnivån med andra länder. I Spanien och Finland anges exempel på betydligt lägre kostnader för motsvarande behandlingar. Skillnaderna beskrivs som så stora att många rekommenderar att resa utomlands för icke-akuta åtgärder. En uppfödare berättar: *"Jag åkte med sex hundar för tandsanering och vaccination i Finland. Där kostade allt mindre än 6 000 kr. I Sverige hade det kostat minst 47 000 kr upp till 75 000 kr."*⁵⁷

En annan aspekt är hur vården upplevs som kommersialiserad och fragmentiserad, speciellt då varje åtgärd debiteras separat. Tidigare paketpriser har enligt flera djurägare ersatts av en modell där varje enskild spruta, kompress eller prov tas upp på fakturan. Även veterinärer som själva är djurägare beskriver denna utveckling i sina svar. Respondenterna ser detta som ett sätt att höja priserna genom att ta betalt separat för sådant som tidigare ingick i behandlingen. En veterinär beskriver utvecklingen i sitt svar: *"Förut tog vi betalt för den arbetade tiden. Nu tar vi dessutom betalt för varje pryl som används under samma undersökningsmoment."*

De höga kostnaderna har enligt många respondenter direkta konsekvenser för djurvälståndet. Flera berättar att de tvingats avstå från behandlingar eller välja avlivning i situationer där de tidigare hade kunnat låta behandla sina djur. Som en djurägare uttrycker sig i enkätsvaret: *"Nästa gång måste vi tyvärr avliva våra husdjur på grund av kostnaderna. Detta är skandal."*

Speciellt problematisk upplevs situationen av djurägare som har andra sällskapsdjur än hund och katt. Kaninägare beskriver priserna som orimligt höga i förhållande till den vård som erbjuds. Ett exempel är att en tandutdragning kan kosta runt 10 000 kronor. En annan berättar att en planerad amputation av en tå, som de trodde skulle kosta 8 000 kronor, i slutändan landade på 22 000 kronor. Denna djurägare uppgav att de tvingades avliva djuret eftersom de inte hade råd med behandlingen.

För fågelägare framstår kostnaderna som mycket höga, särskilt i relation till den begränsade försäkringstäckningen. En fågelägare påpekar att även enklare undersökningar snabbt blir så dyra att försäkringsbeloppet inte räcker.

⁵⁷ Konkurrensverket är medvetet om att tandsanering behandlas på olika sätt vid olika kliniker och det inte framgår av benämningen att det finns skillnader i innehåll eller metod.

6.2.2 Bristande pristransparens och informationsbrist i djursjukvården

En central erfarenhet som framträder i många av fritextsvaren är svårigheten att som djurägare få tydlig och förutsägbar information om vad vården kommer att kosta. Många upplever att man som kund kommer till kliniken utan någon klar uppfattning om vad det kommer att kosta, utan får reda på detta först efteråt. Det skapar stor osäkerhet och i vissa fall upplevelsen av att ha blivit vilseledd.

En återkommande uppfattning är att preliminära prisuppgifter lämnas, men att de i praktiken inte håller. En djurägare berättar om ett tillfälle då kostnaden för en tandrengöring vid ankomst låg på 2 500 kronor, men vid betalningstillfället hade stigit till 5 000 kronor med motiveringen att fler tänder var dåliga: *"Dock hade ingen information utgått om detta. Borde ej ha betalat men dum som man är gjorde jag det."* Många djurägare vittnar om att nya kostnader tillkommer steg för steg, utan att djurägaren får möjlighet att på förhand ta ställning till slutpriset. En ägare till en sjuk katt berättar: *"De la på diagnoser och behandlingar allt eftersom utan att någonsin nämna kostnaderna. Det slutade med räkning på över 30 000 kr efter försäkringens ersättning."*

Problemet förstärks av att kostnadsstrukturen i djursjukvården är komplicerad. Det tillkommer ofta avgifter som är svåra att förstå för djurägarna. Ett exempel är att ett djursjukhus kan ta ut akutavgift, undersökningsavgift och inskrivningsavgift för ett och samma besök. Det kan tillkomma avgifter som upplevs som obegripliga av djurägarna. En djurägare beskriver i sitt svar: *"Det blir mycket udda att de stora djursjukhusen tar både akutavgift, undersökningsavgift och inskrivningsavgift bland annat när man har ett svårt sjukt djur som behöver läggas in. På det är det 50–65 procent prispåslag på vissa behandlingar på kvittot men inte alla behandlingar. [...] På senaste tiden har det även börjat synas på kvittot att man betalar för personalens exponering när djuren röntgas även fast personal då bär skyddsutrustning. Vissa tar betalt för detta, andra inte. Förr i tiden fanns inte denna post på kvittot."*

Flera respondenter berättar om debiteringar för förbrukningsmaterial eller administrativa insatser som inte upplevs som rimliga. Hundägare beskriver hur "förbrukningsmaterial" fakturerades för tusentals kronor i samband med ingrepp, utan att det framgick vad kostnaderna avsåg. Eller som en annan hundägare uttryckte det i sitt fritextsvar: *"Önskade mer tydlighet när saker som tagit någon minut, till exempel omlindning med självhäftande bandage man själv kan köpa en hel rulle av för 79 kr, kostar 590 kr, vad som just gör att det kostar 590 kr för den specifika saken, när undersökning med mera redan kostat 1 500 kr, vad exakt ingår i en undersökning på 5 min för den summan? Och hur kan 2 min bandagerande kosta ytterligare 590 kr? Det är liksom ingen logik bakom priserna."*

Akutavgifter kopplat till vårddygn och inskrivning är svåra att förstå för många djurägare. I enkätsvaren beskrivs flera exempel på när påslag och akutavgifter lett till situationer som upplevs som ologiska och orättvisa. Som en respondent berättar: *"Min kanin blev inlagd på djursjukhus en lördag och veterinären förklarade att alla prover skulle kosta extra pga. jourtillägg. Det förstod jag. Sedan föreslog hon att en del prover*

kunde tas dagen efter när det var ordinarie pris. Jag trodde hon tog fel på dag och korrigerade henne: "Men det är ju söndag imorgon?". Då förklarade hon att för inlagda patienter är det ordinarie pris andra dagen men jourtillägg för dag-patienter. Det innebär alltså att om jag hade bött 5 min från kliniken och tagit hem min kanin över natten hade priset på söndagen varit högre än nu när hon låg inne. Det är svårt att se logiken i det."

I svaren finns flera utsagor om att klinikerna låter djur vara kvar på kliniken onödigt länge efter exempelvis operation. Speciellt nattetid leder detta till höga kostnader. Respondenterna anser vidare att klinikens sätt att beräkna vårddygn genom att bryta på natten och påbörja ett nytt vårddygn är problematiskt. Detta gäller framför allt om djuret varit inlagt ett fåtal timmar. *"Efter 15h blir vi debiterade två dygn eftersom ett dygn räknas per datum. Och våra 15h var över natten."*

Att akutavgifter tas ut under ordinarie arbetstid, speciellt i fall då det finns lediga tider, upplevs som provocerande av många djurägare. En djurägare skriver *"Sista besöket, råkade personalen glömma att informera om att det kostade 500 kr extra om jag valde en ledig tid samma dag. Jag har bytt till en annan klinik nu."*

En återkommande fråga är skillnaden i pristransparens vid enklare och mer komplex vård. För standardiserade åtgärder som vaccinationer eller kastrationer menar många att det ofta finns tydliga prislistor tillgängliga på klinikernas webbplatser. Svårigheterna uppstår framför allt vid mer omfattande utredningar eller vid akut sjukdom. Här beskriver respondenter att klinikerna ofta motiverar bristen på prisinformation med att det är omöjligt att förutse kostnaden innan hela sjukdomsbilden är klar.

Många djurägare beskriver att bristen på pristransparens gör att de mår dåligt när de ska söka vård för sina djur. Osäkerheten inför vad slutnotan kommer att bli gör att flera uttrycker oro inför veterinärbesök, även beträffande mindre allvarliga åkommor. En djurägare uttrycker sig i fritextsvaret: *"Jag tror att många drar sig för att gå till veterinären, för man vet inte om man har råd, eftersom man inte får prisuppgifter innan."*

Ägare till andra sällskapsdjur än hund och katt upplever ännu större utmaningar vad gäller brist på pristransparens. En kaninägare berättar till exempel att kliniker ofta bara har prislistor för hund och katt på sina webbplatser, medan kaniner och gnagare inte finns med. I flera svar beskrivs situationer där djurägarna först vid kassan fick veta att kostnaden blivit mångdubbelt högre än vad de trott. Fågelägare menar att det är särskilt svårt att få en uppfattning om kostnaderna i förväg eftersom så få kliniker tar emot fåglar.

6.2.3 Kritik mot försäkringsbolagens agerande

Även om djurägarna främst är kritiska mot djursjukvårdsklinikerna på grund av det höga prisläget så riktas även stark kritik mot försäkringsbolagen. Många respondenter anser att försäkringsbolagen bär del av skulden för den nuvarande prisnivån.

En uppfattning som delas av flera svarande är att premierna ökar kraftigt i takt med att djuret blir äldre eller när försäkringen utnyttjas. Många menar att bolagen lockar med låga startpremier för att sedan successivt höja kostnaden, ofta till nivåer som upplevs som orimliga. En djurägare beskriver situationen på följande sätt:

"Försäkringsbolagen höjer sina premier mycket när man väl bundit sig dit. För att inte riskera att eventuell sjukdom inte täcks om man byter bolag tvingas man kvar."

Flera uppger att försäkringsbolagen gör det mycket dyrt eller omöjligt att behålla en försäkring för äldre djur, trots att behovet av försäkring är störst för dessa.

Ett särskilt problem som flera respondenter lyfter är de inläsningseffekter som skapas av friskrivningsklausuler. Vid byte av försäkringsbolag friskrivs ofta tidigare skador eller sjukdomar, vilket gör att det i praktiken blir omöjligt att konkurrensutsätta försäkringsbolagen. Detta gäller särskilt för äldre djur. På så sätt bidrar friskrivningsklausuler till en bristande priskonkurrens mellan försäkringsbolagen, menar djurägarna. En respondent skriver: *"Friskrivningsklausuler för preexisterande skador eller sjukdomar vid byte av djurförsäkring leder till inläsningseffekter och gör det i stort sett omöjligt att byta."*

Ett annat problem är otydliga försäkringsvillkor och begränsad transparens kring vad försäkringen faktiskt täcker. Många beskriver hur de möter oväntade undantag när de väl behöver nyttja försäkringen. En djurägare skriver: *"Man är orolig att försäkringen inte ens täcker akuta behandlingar. Det är ofta otydligt vad som ingår."* Andra respondenter påpekar att nya tjänster (som digital rådgivning eller rehabilitering) bakats in i försäkringen utan möjlighet för kunden att välja bort dem, vilket de tror höjer premien.

I enkätsvaren återfinns även uppfattningen att försäkringsbolagen indirekt driver upp kostnaderna i djursjukvården genom sina ersättningsvillkor. Respondenter som uppger att de är yrkesverksamma veterinärer säger att de ofta varit tvungna att genomföra omfattande utredningar för att få ersättning från försäkringsbolagen, även i situationer där diagnosen varit uppenbar. En veterinär beskriver det så här: *"Försäkringsbolagen driver även på kostnader då de i viss mån kräver vissa undersökningar innan behandling trots glasklara fall för att [de ska] täcka sin del av kostnaden."*

Flera djurägare vittnar om att de är inlåsta i försäkringar där premierna är höga, samtidigt som ersättningsnivåerna inte ger det skydd som de behöver. Många anger att kostnaderna att försäkra djuren är den största utgiften hushållet har. Andra berättar att de överväger att helt avstå från försäkring och i stället bygga en egen buffert, eftersom de upplever att försäkringarna inte längre fyller sin funktion.

Djurförsäkringar upplevs av många som bristfälligt anpassade för andra djur än hundar och katter. För kaniner är maxbeloppen vanligen på runt 20 000–30 000 kronor, vilket ofta inte räcker vid vanliga sjukdomar och operationer.

Fågelägare lyfter fram höga självrisker och för låga takbelopp, vilket gör att försäkringarna ofta inte täcker mer än en bråkdel av den verkliga vårdkostnaden vid allvarliga sjukdomar. Som en fågelägare uttrycker sig: *"Det är också problematiskt att ersättningsnivåerna i djurförsäkringarna inte är i paritet med kostnaderna för att behandla en fågel. Som fågelägare får man vara tacksam ifall försäkringen täcker hälften av den faktiska kostnaden när ens fågel blir sjuk."*

6.2.4 Marknadskoncentration och de stora kedjornas inflytande

Enkätsvaren återger omfattande kritik mot de stora kedjorna, speciellt Anicura och Evidensia. Dessa aktörer beskrivs av många djurägare som huvudorsaken till den kraftiga prisökningen. Vikten av högkvalitativ vård upplevs vara sekundär i förhållande till vinst från verksamheten.

Ett stort antal djurägare lyfter att mindre, privatägda kliniker antingen har köpts upp eller trängts undan, vilket har lett till att djurägarna i många regioner har alltför få alternativ. En respondent skriver i svaret: *"De stora kedjorna som Anicura, Evidensia äger numer många mindre kliniker, vilket gör det svårt att även om jag bor i storstad hitta en klinik på nära håll."*

Många djurägare uppger att de medvetet undviker de stora kedjorna på grund av höga priser och det man upplever som ett bristande fokus på djurens bästa. I stället väljer de i den mån det är möjligt små fristående kliniker, även om detta ibland innebär långa resor. En djurägare skriver: *"Jag anlitar så långt det är möjligt privata kliniker, då de har lägre priser. Jag kör över 30 mil för att mina hundar ska få tandvård."*

En uppfattning som lyfts av flera djurägare är att de stora kedjorna aktivt maximerar försäkringsbolagens ersättningar, vilket i sin tur driver upp premierna och ytterligare försvårar för djurägare. Utöver prisnivåerna lyfter många respondenter frågor om kvalitet och bemötande. Flera beskriver att de upplever en opersonlig och stressig vårdmiljö på de större kedjorna. En respondent skriver: *"Jag önskar små familjära kliniker som är intresserade av djur och där man känner sig välkommen. De stora djursjukhusen är opersonliga, stressade och ger ofta en besvärad känsla."*

Samtidigt finns det enstaka röster som påpekar att kedjornas intåg också medfört förbättringar. Vissa respondenter (som i sina svar skriver att de arbetar som veterinärer) menar att lönerna blivit mer rimliga och att investeringar i avancerad utrustning möjliggjort en vårdnivå som inte fanns tillgänglig tidigare.

6.2.5 Brist på tillgänglighet och kompetens i djursjukvården

I svaren uttrycks en tydlig oro för bristande tillgång till djursjukvård i vissa delar av landet. Många djurägare uppger att geografiska skillnader har stor betydelse för möjligheten att snabbt och till rimlig kostnad få tillgång till vård, särskilt vid akuta situationer.

I glesbygdsområden är resorna till närmaste dygnet-runt-öppna klinik ofta långa, vilket i praktiken kan äventyra djurens chans till överlevnad vid akuta problem. Respondenterna framhåller att det kan röra sig om resor på flera timmar för att nå en öppen klinik under kvällar och helger, något som kan vara direkt livshotande för djuren.

Flera respondenter vittnar vidare om att bristen på alternativ i glesbygd leder till en situation där en klinik i praktiken är ensam i ett geografiskt område, vilket gör att denna klinik kan sätta priser utan konkurrens. En djurägare konstaterar: *"Vi är många i den här delen av södra Sverige som anser oss bo i en underutvecklad veterinärsdel där man kan ta ut högre kostnader på grund av dålig tillgång."*

Distriktsveterinärernas roll lyfts ofta fram i svaren. Många djurägare ser Distriktsveterinärerna som en viktig aktör vad gäller priser och tillgänglighet och en motvikt till de stora kedjorna. En respondent uttrycker sin uppskattning: *"Stor eloge till Distriktsveterinärerna som både har prisuppgifter på nätet, men som också alltid svarar och ger råd dygnet runt."* Samtidigt konstaterar respondenterna att Distriktsveterinärerna inte alltid har den utrustning eller kompetens som krävs, vilket gör att patienter ändå måste remitteras vidare till de större privata aktörerna. Ett exempel är en valp som skulle röntgas lokalt men skickades vidare då personalen inte ansåg sig kunna garantera tillräckligt goda bilder. Detta resulterade i dubbla behandlingskostnader och en lång resa.

Även om tillgången till vård är större i storstäderna än på landsbygden är det inte alltid det finns en fungerande konkurrenssituation. Även om det finns fler kliniker är det inte säkert att dessa konkurrerar med varandra, ifall de tillhör samma kedja. En djurägare beskriver det så här: *"De stora kedjorna äger snart varje liten klinik. Även om man bor i storstad är alternativen begränsade."*

Speciellt utsatta är ägare till andra sällskapsdjur än hundar och katter. För djurägare med kaniner, fåglar och exotiska djur finns det sällan en reell valmöjlighet på grund av brist på kliniker, kunniga veterinärer och långa avstånd. Trots att kanin är ett vanligt sällskapsdjur upplever respondenterna att det finns alltför få kaninkunniga veterinärer. Som en kaninägare uttrycker sig: *"Vad gäller mina djur, kaniner, så finns ingen konkurrens då det är oerhört svårt att få tag i en veterinär med utbildning på kaniner. Jag kör förbi många olika veterinärer för att ta mig till den närmaste med kompetens för kaniner. Närmaste kaninkunniga veterinär är ca 6,5 mil bort."*

Precis som kaninägare lyfter fågelägare svårigheten att hitta kliniker som vill ta emot deras djur. Många veterinärmottagnings webbsidor listar bara hund och

katt, och den information som finns om fågelkompetens är ofta gammal eller felaktig. Fågelägare beskriver i enkätsvaren hur de tvingas ringa runt till flera kliniker innan de får tag på någon som kan ta emot deras akut sjuka fågel. Så här skriver en fågelägare: *"Det går inte att tala om konkurrens vad gäller veterinärvård för fåglar. Man får helt enkelt vara tacksam ifall kliniken har plats när ens fågel blir sjuk. Oftast blir svaret 'vi har fullt men försök med en annan klinik'."* Hur ska man kunna konkurrensutsätta priserna då? Sedan brister kompetensen ofta, de flesta veterinärer är okunniga vad gäller fåglar. Som fågelägare lär man sig vilka kliniker och veterinärer som är fågelkunniga den hårda vägen, ofta efter att man förlorat en eller flera fåglar helt i onödan."

Det framhålls att det generellt saknas specialistkompetens för fåglar, och att även stora djursjukhus saknar personal som kan ta emot dem.

6.2.6 Vikten av djurskydd, etik och kvalitet i djursjukvården

Förutom frågor om priser och tillgång till djursjukvård lyfter många djurägare aspekter som rör etik, bemötande och kvalitet i djursjukvården i sina fritextsvar.

En återkommande uppfattning som respondenterna ger uttryck för är att djur överbehandlas av ekonomiska skäl. Många djurägare upplever att veterinärerna vill ta prover som inte är nödvändiga och behandla till synes friska djur. Som en djurägare uttrycker det: *"Veterinärerna vill väldigt gärna ta en massa onödiga prover på hundarna vilket givetvis påverkar priset. När man ifrågasätter vad proverna är till för och varför det görs säger de ofta att det är praxis. Söker du för ex en hälta eller öroninflammation så vill de ändå ta blodprover. De större klinikerna runt Göteborg erbjuder regelbundet seniorkontroller för hundar. Hunden kommer in utan kliniska symtom och kommer ut som en väldigt sjuk hund enligt veterinären. Klinikerna hotar med att anmäla djurägaren om de inte behandlar hunden. I många fall fanns det ingen anledning till behandling."*

Djurägare beskriver vidare situationer där de upplevt att veterinären föreslagit omfattande och kostsamma åtgärder trots att prognosen för djuret varit mycket dålig. En person berättar: *"Jag blev erbjuden cellgift till min tik med lymfom trots att prognosen var usel – bara för att dra ut på lidandet."* En annan djurägare skriver: *"Kostnaden blev totalt 350 000 kronor, inklusive feldiagnostisering, trots det dog hunden kort tid efter. Försäkringen täckte bara en bråkdel och jag tömde mitt pensionssparande. Jag upplevde mig övertalad: 'Se på henne, hon vill verkligen leva. Hon kan bli gammal om vi lyckas'."* I efterhand har jag fått veta att förväntad överlevnadstid efter den omfattande operationen är 5–6 månader, men det berättade ingen."

Flera djurägare upplever också att det finns en press på dem att godkänna åtgärder och behandlingar som de egentligen inte vill ha eller har råd med. En hundägare skriver: *"Min hund låg inne en vecka på IVA efter en akut operation, jag frågade varje dag när jag skulle få hämta hem henne. Jag hade försäkring på 60 000 kr och notan slutade på 130 000 kr. Jag kunde ju inte be dem avliva hunden när försäkringen tog slut utan fick bara bita ihop och betala."* I akuta situationer, när känslorna är starka och tiden knapp, blir det svårt att ifrågasätta veterinärens rekommendationer. En annan respondent

beskriver: *"När man står där med sitt älskade djur är man maktlös. Man vågar inte säga nej till ytterligare undersökningar även när man inser att det är pengar i sjön."*

I många svar återkommer farhågan att det finns dubbla prislistor, beroende på om djuret är försäkrat eller inte. Respondenterna anser också att det finns en tendens att klinikerna använder hela takbeloppet för försäkringen, oavsett om det finns fog för det eller inte. Som en djurägare konstaterade *"Ibland blir det dyrare när man nämner att man har försäkring"*. En annan djurägare sammanfattar: *"Försäkringsbolagen sätter inte ner foten och ifrågasätter fakturorna utan bara betalar och höjer premierna... Djursjukhusen tvekar inte att ta ut vad man har som maxtak på försäkringen."*

Kritik mot bristande vårdkvalitet återkommer också i svaren. Exempel är fel vid behandling, bristfällig kommunikation och misstag i medicinering.

Samtidigt framhåller flera av respondenterna att den medicinska kvaliteten på många håll höjts de senaste åren. Tillgången till avancerad diagnostik, kirurgi och specialistvård har ökat, något som många djurägare uppskattar.

Ägare till kaniner och fåglar upplever stora kvalitetsbrister i djursjukvården, men problemen ser delvis olika ut mellan grupperna. För kaninägare framhålls den låga kompetensen hos veterinärer. En person uttrycker det så här: *"Som kaninägare är veterinärvård otroligt svårt. Personalen har inte kompetens att hjälpa kaniner"*. Många respondenter berättar att de ofta möts av personal som inte kan tillräckligt om kaniner, trots att det är Sveriges tredje vanligaste husdjur. Flera påtalar att veterinärutbildningen borde innehålla mer utbildning på smådjur, och att kaninens status borde höjas hos veterinärerna.

Fågelägare beskriver liknande problem som kaninägarna, men har dessutom svårigheter att hitta en veterinär som vill ta emot deras djur. Som en djurägare skriver: *"Har papegoja och där jag bor är det brist på veterinärer med expertkompetens. Konkurrens saknas och jag som djurägare har inga val. Även blivit nekad vård på djursjukhuset i akut situation i närområdet då de inte har kompetensen"*.

6.2.7 Konsekvenser av marknadens situation för djurägare och djurens välfärd

De höga kostnaderna och bristen på pristransparens inom djursjukvården får långtgående konsekvenser för både djurägare och djur. I fritextsvaren framträder en tydlig oro för att det i allt högre grad har blivit en ekonomisk fråga att äga djur, med negativa följder för såväl djurvälferden som människors sociala och psykiska välbefinnande. En person skriver: *"Det är snart en klassfråga att vara hundägare. Jag har fyra stycken och skulle inte klara ekonomin om alla blev sjuka samtidigt."*

Många djurägare vittnar om att de i dag tvingas fatta beslut som de inte tidigare har behövt ta. En av de mest återkommande åsikterna här är att djur som tidigare kunde behandlas numera avlivas på grund av kostnaderna. Flera beskriver det som

djupt problematiskt att de inte kan göra det som är bäst för djuret, utan tvingas ta beslut utifrån den egna ekonomiska förmågan. Som en djurägare skriver: *"Jag blev hotad med att jag måste betala hela summan kontant vid utlämning annars avlivades hunden. Det var en fruktansvärd upplevelse."*

Flera grupper lyfts fram som särskilt utsatta. Pensionärer och barnfamiljer återkommer ofta i svaren som exempel på djurägare som har svårt att klara de ekonomiska påfrestningarna det innebär att ha ett sjukt djur.

För djurvälståndet innebär denna utveckling att fler djur riskerar att gå utan nödvändig vård, vilket leder till onödigt lidande. Flera respondenter berättar om situationer där de valt att vänta med att söka hjälp, ibland med allvarliga följder. En hundägare skriver exempelvis: *"Jag väntade alldeles för länge med att åka in med min hunds öroninflammation, för jag var rädd att det skulle kosta för mycket. När vi väl åkte in hade den spridit sig."*

Vissa respondenter diskuterar konsekvenserna för samhället i stort. De påpekar att husdjur spelar en avgörande roll för livskvalitet, fysisk aktivitet och social gemenskap.

6.2.8 Förslag på förändringar

En betydande del av fritextsvaren innehåller förslag på hur djursjukvården skulle kunna förändras för att bättre tillgodose djurägarnas behov, säkerställa rimliga kostnader och samtidigt garantera djurens välfärd. Dessa förslag rör både strukturella förändringar på systemnivå och mer konkreta åtgärder för ökad transparens, tillgänglighet och kvalitet.

Ett återkommande förslag är införandet av någon form av högkostnadsskydd eller pristak. Många jämför med den mänskliga sjukvården där det finns ett tak för patienternas egenavgifter. En respondent skriver: *"Borde finnas ett högkostnadskort för djur. Som det är nu riskerar man ruin för att rädda sitt djur."* Andra talar om behovet av att sätta gränser för vad ett enskilt ingrepp får kosta: *"Ett kejsarsnitt ska inte kunna kosta 64 000 kronor. Det måste finnas pristak."*

Kopplat till förslaget om pristak förs ofta tanken fram att staten borde ta ett större ansvar för djursjukvården. Många respondenter anser att delar av vården skulle kunna subventioneras eller momsbefrias samt att avlivning under vissa förutsättningar ska vara kostnadsfritt. En respondent skriver: *"Det borde finnas möjlighet att få ett djur avlivat gratis om det är sjukt och lider ägaren saknar ekonomi att betala. Det finns risk att djur tillåts självdö under onödigt lidande för att deras ägare inte har råd med avlivning. Är man fattig kan man inte ta ett banklån och alla har inte vänner de kan låna av."*

En annan återkommande uppfattning är att staten borde stoppa eller begränsa riskkapitalbolagens inflytande. Många menar att djursjukvården borde ägas och drivas av veterinärer.

Vad gäller pristransparensen föreslås skärpta krav på tydliga prislistor. Flera respondenter efterfrågar också regler som gör det obligatoriskt att lämna en skriftlig kostnadsuppskattning i förväg, och att uppdatera djurägaren om kostnaden förändras under vårdförloppet.

Försäkringssystemet är också föremål för flera förändringsförslag. Djurägare efterfrågar mer långsiktig transparens, där det framgår hur premierna kommer att utvecklas under djurets livstid. En respondent föreslår: *"Försäkringsbolagen borde vara tvungna att redovisa hela livscykeln för premierna vid tecknande, så man vet vad man går in i."* Det föreslås också åtgärder för att motverka inlåsningseffekter, exempelvis genom krav på att försäkringsbolag inte får friskriva för redan behandlade sjukdomar vid byte av bolag.

Flera förslag rör tillgången till vård. Många menar att Distriktsveterinärerna bör stärkas och ges större resurser, både ekonomiskt och organisatoriskt, för att kunna erbjuda vård i hela landet. Många vill även se ett utökat ansvar för Distriktsveterinärerna att erbjuda jour- och akutvård i högre grad. Som en djurägare uttrycker det i svaren: *"Distriktsveterinärerna borde få ett statligt uppdrag och resurser att finnas där när ingen annan gör det."*

Slutligen framförs även idéer om informationsinsatser och jämförelsetjänster. Vissa respondenter menar att en nationell jämförelsetjänst med priser, kvalitet och tillgänglighet skulle öka konkurrensen och stärka djurägarnas ställning.



Ringvägen 100
118 60 Stockholm
08-700 16 00
konkurrensverket@kkv.se

www.konkurrensverket.se