

## HOVEDBUDSKAP

- Det var ingen statistisk signifikant forskjell mellom prisen for en kjeveortopedisk behandling hos privat/ offentlig kjeveortoped
- Takstene til Helfo er i snitt 40–50 % lavere enn hva offentlige og private kjeveortopeder benytter
- Pasienten kan ha andre utgifter utenom fastprisavtale- ne og de kjeveortopediske tekstene (for eksempel kostnader til tannteknikk), men dette varierer mellom kjeveortopeder
- Den prosentvise stønaden fra Helfo er misvisende med hensyn til den faktiske egenandelen som pasienten må betale hos offentlige og private kjeveortopeder. Dette bør henvisende tannhelsepersonell være bevisst når/ hvis de diskuterer kjeveortopediske behandling og henvisning med sine pasienter

## FORFATTERE

Sander Hilmarsen\*, tannlege ved Vadsø tannklinikk, tidligere masterstudent ved Institutt for klinisk odontologi, Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet, Tromsø

Ole-Christian Jensen\*, tannlege ved Colosseum Tannlege Fauske, tidligere masterstudent ved Institutt for klinisk odontologi, Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet, Tromsø

Bo Wold Nilsen, spesialist i kjeveortopedi, førsteamanuensis. Institutt for klinisk odontologi, Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet, Tromsø

\* Forfatterne har bidratt likt til arbeidet og deler førsteforfatterskap

Korresponderende forfatter: Bo Wold Nilsen, Institutt for klinisk odontologi, UiT Norges arktiske universitet, postboks 6050 Langnes, 9037 Tromsø. E-post: bo.w.nilsen@uit.no

Akseptert for publisering 28.10.2024

Artikkelen er fagfellevurdert

Hilmarsen S, Jensen O-C, Nilsen BW. Honorartakster i kjeveortopedi: Forskjeller mellom offentlige, private og Helfos satser. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2024; 134: 1032-8.

MeSH: Healthcare Disparities, Health Expenditures, Orthodontics

# Honorartakster i kjeveortopedi: Forskjeller mellom offentlige, private og Helfos satser

Sander Hilmarsen\*, Ole-Christian Jensen\* og Bo Wold Nilsen

**Bakgrunn/formål:** Omtrent halvparten av norske barnekull mottar kjeveortopedisk behandling, men det finnes sosioøkonomiske forskjeller i hvem som mottar behandling. Dette kan muligens forklares med at kjeveortopedisk behandling ikke er fullfinansiert av staten. Studiens mål var å kartlegge økonomiske barrierer for å motta kjeveortopedisk behandling ved å besvare følgende problemstillinger: 1. «Er det forskjell mellom private, offentlige og Helfos kjeveortopediske takster?», samt 2. «Hva er den faktiske prosentvise stønaden fra Helfo ved kjeveortopedisk behandling?»

**Metode:** Et digitalt spørreskjema ble sendt til 230 kjeveortopeder via Norsk Kjeveortopedisk Forening for å kartlegge prissettingen på takstene, samt egenandeler utenom takstene. Det ble undersøkt om det er forskjeller på prissettingen mellom private- og offentlige kjeveortopeder på enkelttakster, samt et konstruert behandlingsforløp. Grunnet lav svarprosent fra offentlige kjeveortopeder ble takstinformasjon hentet direkte fra fylkeskommunene med ansatte kjeveortopeder (7 fylkeskommuner, totalt 22 kjeveortopeder)

**Resultater:** Det var 32 respondenter på spørreundersøkelsen (29 private, 3 offentlige). 15 private tilbød fastprisavtaler. 22 offentlige og 14 private kjeveortopeder inngikk i takstanalysene. Det var statistisk signifikante forskjeller i pris mellom private og offentlige på takstene 608a, 608b og 609a, men ingen statistisk signifikant forskjell på et konstruert behandlingsforløp. Private og

offentlige kjeveortopedier har en høyere prissetting på alle takstene sammenlignet med Helfo. Den faktiske Helfo-refusjonen for en pasient i gruppe a, b og c ble beregnet til respektivt cirka 70, 50 og 30 % i både det offentlige og det private.

**Konklusjon:** Dagens private- og offentlige kjeveortopediske takster er betydelig høyere enn Helfos, noe som medfører at pasientens egenandel er høyere enn prosentsatsen Helfo-gruppene gir inntrykk av.

Lov om tannhelsetjenesten gir barn og unge rett til gratis tannhelsetjenester, med unntak av kjeveortopedisk behandling (1). Dette til tross for at det kan være funksjonelle, profylaktiske, men også psykososiale årsaker for behandling (2–4). I Norge mottar omtrent halvparten av alle årskull kjeveortopedisk behandling med stønad fra Helfo (folketrygden), men det er dokumentert regionale og sosioøkonomiske forskjeller i hvem som mottar behandling (5).

Egenandelen ved kjeveortopedisk behandling bestemmes av to forhold: 1) Hvilken refusjon bittavviket gir, samt 2) differansen mellom Helfos og kjeveortopedens takst. Refusjon fra Helfo gjelder hovedsakelig for pasienter opp til 20 år. Bittavvik som er omfattet av støtteordningen er delt inn i tre alvorlighetsgrader: gruppe a får 100 % stønad, gruppe b 75 %, og gruppe c 40 %. Refusjonsberegningene baseres på Helfos takster. Eventuelle forskjeller mellom Helfos satser og kjeveortopedenes priser må dekkes av pasienten (også kalt «mellomlegg» eller påslag) (6). Frem til 01. januar 2024 sto det i henvisningsskjemaet til kjeveortoped (under rubrikken «informasjon til pasient/foresatt»): «Privatpraktiserende tannleger står imidlertid fritt til å bestemme prisen for behandlingen de utfører. Deres tannlegens pris er høyere enn den fastsatt av staten, må mellomlegget dekkes av pasienten». Dette kan være misvisende, da fylkeskommunene, på samme måte som private, også har fri prisfastsettelse, slik at de ulike fylkeskommunene kan ha priser som skiller seg fra hverandre og Helfos takster.

Studiens mål var å besvare følgende problemstillinger:

1. Er det forskjell mellom private, offentlige og Helfos kjeveortopediske takster?
2. Hva er den faktiske prosentvise stønaden fra Helfo ved kjeveortopedisk behandling.

## Material og metode

Et spørreskjema ble designet ved hjelp av det nettbaserte undersøkelsesverktøyet Nettskjema. Spørreskjemaet kartla type klinikk (privat/offentlig), hvorvidt fastpris benyttes (og eventuelt hvor mye en standard behandling koster), hvordan takstene prises, samt hvorvidt pasienten har egenandeler utenom takstene/fastprisavtalen. I spørreskjemaet ble en standard behandling definert som «be-

handling med fast apparatur i begge kjever uten behov for skeletal forankring».

Våren 2023 ble lenken til spørreskjemaet distribuert ved hjelp av Norsk Kjeveortopedisk Forening (NKF) som har kontaktinfo og oversikt over kjeveortopedier i Norge. Det ble sendt to purringer til NKF om å sende påminnelse til sine medlemmer om å svare på spørreskjemaet. Grunnet lav svarrespons fra offentlige kjeveortopedier ble informasjon om takster (for 2023), samt informasjon om antall kjeveortopedier, innhentet fra alle landets fylkeskommuner via nettsider/epost. Takstinformasjon innhentet fra offentlige kjeveortopedier via spørreundersøkelsen ble ikke brukt i analysene.

Håndtering av rådata ble gjort med Excel 365 (Microsoft). Statistiske analyser ble gjennomført med SPSS (IBM). Deskriptiv statistikk ble generert for de ulike takstene mellom offentlige- og private kjeveortopedier. Multiple t-tester ble gjennomført mellom private og offentlige kjeveortopedier for hver av de kjeveortopediske takstene. En t-test ble også gjennomført mellom private og offentlige kjeveortopedier for en konstruert standard kjeveortopedisk behandling. En konstruert behandling tok utgangspunkt i følgende takster: 600- forundersøkelse (n=1), 601- behandlingsplanlegging (n=1), 608a- Enkel avtagbar apparatur (n=1), 609a- fast apparatur i en hel kjeve (n=2), 610b- behandlingskontroller m/ apparaturjusteringer (n=18) og 611- behandlingsavslutning per kjeve (n=2). Statistisk signifikansnivået var satt til  $p < 0,05$ .

## Resultat

Totalt ble det innhentet 32 svar på spørreskjemaet (29 private og 3 offentlige). Samlet svarprosent ble beregnet til 14 % basert på at NKF distribuerte spørreskjemaet til 230 kjeveortopedier. Med takstinformasjonen som ble innhentet fra fylkeskommunene (utenom spørreskjemaet) ble svarprosenten beregnet til 23 % (7 fylkeskommuner oppga å ha ansatte kjeveortopedier tilsvarende 22 stillinger).

Ved sammenligning av de kjeveortopediske takstene for offentlige- og private kjeveortopedier, ble det funnet en statistisk signifikant forskjell på takst 609a (fast apparatur i en hel kjeve), 608a (enkel avtagbar apparatur) og 608b (komplisert avtagbar apparatur) (tabell 1). Private og offentlige takster var i snitt 40–50 % høyere enn Helfos takster, men det var stor variasjon på takstnivå. Takst 609b (komplett sett alignere) hadde stor variasjonsbredde. 15 private kjeveortopedier tilbydde kun fastpris avtaler. Disse var utelatt fra de individuelle takstanalysene.

Det var ikke en statistisk signifikant forskjell mellom offentlige- og private kjeveortopedier når det gjelder total kostnad på en standard kjeveortopedisk behandling, men variasjonsbredden var større for private kjeveortopedier enn offentlige (tabell 2). Pasienter i gruppe a (med 100 % stønad fra Helfo) vil ha en egenandel på rundt

**Tabell 1: Oversikt over honorartakster i kroner for kjeveortopedisk behandling mellom Helfo og offentlige- og private kjeveortopedier**

Takst	Gjennomsnittlig honorartakst i kroner ± standardavviket (minimum–maksimum)		Helfo-takst	Prosentvis (og absolutt) forskjell mellom gjennomsnittlig honorartakst og Helfo-takst	
	Offentlig (n=22)	Privat (n=14)		Offentlig	Privat
600	1837 ± 184 (1635–2100)	1792 ± 294 (1320–2350)	1385	33 % (453)	29 % (407)
601	4230 ± 824 (2880–5355)	4077 ± 984 (3322–6673)	2610	62 % (1620)	56 % (1467)
608a*	1804 ± 324 (1585–2435)	2187 ± 347 (1600–2830)	1600	13 % (204)	37 % (587)
608b*	4595 ± 499 (3915–5070)	5051 ± 643 (3985–6573)	3865	19 % (730)	31 % (1186)
609a*	4997 ± 356 (4315–5255)	5385 ± 470 (4520–6330)	3990	25 % (1007)	35 % (1395)
609b	6568 ± 2190 (3945–8485)	8537 ± 8040 (4600–30000)	3990	65 % (2578)	114 % (4547)
610a	565 ± 168 (350–760)	574 ± 461 (400–2100)	320	77 % (245)	79 % (254)
610b	807 ± 93 (645–895)	809 ± 234 (500–1480)	530	52 % (277)	53 % (279)
611	3928 ± 255 (2440–3100)	3090 ± 284 (2300–3555)	2355	24 % (573)	31 % (735)
612	534 ± 66 (405–595)	538 ± 41 (490–650)	410	30 % (124)	31 % (128)

\* angir at det var statistisk signifikant forskjell med 95% konfidensintervall  
± angir standardavviket. Takstforklaring: 600 (forundersøkelse); 601 (behandlingsplanlegging); 608a (enkel avtakbar apparatur); 608b (komplisert avtakbar apparatur); 609a (fast apparatur i en hel kjeve); 609b (komplett sett alignere); 610a (bittutviklingskontroll/behandlingskontroll uten apparatjustering); 610b (behandlingskontroller med apparatjustering); 611 (behandlingsavslutning pr kjeve); 612 (etterkontroller)

**Tabell 2: Tabellen viser en oversikt over pris i kroner, samt prosentvis stønad, for en konstruert standard kjeveortopedisk behandling hos offentlige- og private kjeveortopedier. Forskjellen i pris mellom privat og offentlig takster er ikke signifikant. En konstruert behandling tok utgangspunkt i følgende takster: 600- forundersøkelse (n=1), 601- behandlingsplanlegging (n=1), 608a- Enkel avtagbar apparatur (n=1), 609a- fast apparatur i en hel kjeve (n=2), 610b- behandlingskontroller m/ apparatjusteringer (n=18) og 611- behandlingsavslutning per kjeve (n=2)**

Sektor	Gjennomsnittlig pris i kroner ± standardavviket (minimum–maksimum)	Egenandel ved behandling basert på gjennomsnittlig pris i gruppe a/b/c (100%/75%/40%)	Faktisk prosentvis stønad ved behandling basert på gjennomsnittlig pris (a/b/c)
Helfo	27 825,-	0,- / 6956,- / 16695,-	100 % / 75 % / 40 %
Offentlig (n=22)	38240 ± 3561 (31220–41240)	10 415,- / 17 317,- / 25 719,-	72,7 % / 54,5 % / 32,7 %
Privat (n=14)	39575 ± 5296 (35095–52815)	11 750,- / 18 706,- / 28 445,-	70.3 % / 52.7 % / 28.1 %

10 000 kroner i både det offentlige og private. Den faktiske Helfo-refusjonen for en pasient i gruppe a, b og c er cirka 70, 50 og 30 % i både det offentlige og private.

Det var liten forskjell på fastprisavtaler mellom offentlige- og private kjeveortopeder for en standard kjeveortopedisk behandling (fast apparatur i begge kjever uten skeletal forankring) (tabell 3). Fastprisavtalene skiller seg heller ikke fra beløpet som ble kalkulert for et konstruert behandlingsforløp.

Av respondentene oppga 9 private kjeveortopeder at pasientene har egenandel utenom takst/fastprisavtale. Hygienetillegg (n=6), ekstratillegg ved ekstra tidsbruk (n=5) og tannteknikk (n=5) var de mest oppgitte egenandelene pasientene hadde i tillegg.

### Diskusjon

Resultatene viste statistisk signifikante forskjeller mellom offentlige- og private kjeveortopeder på enkelttakster, men at det ikke var statistisk signifikante forskjeller i pris på en standard behandling. Variasjonsbredden på en konstruert behandling var dog noe større hos private enn offentlige kjeveortopeder. Både offentlige- og private kjeveortopeder har takster som ligger i snitt 40-50 % høyere enn Helfos takster. Følgelig er den prosentmessige refusjonen betydelig lavere enn hva Helfo-gruppen gir inntrykk av. Den faktiske stønad i gruppe a/b/c er henholdsvis ca. 70, 50 og 30 % gitt at pasienten ikke har egenandeler utenom Helfo-takstene. Den største prosentvise reduksjonen i støtte fant man blant pasientene med det største behandlingsbehovet (gruppe a).

Resultatene av studien må ses i lys av noen begrensninger. Svarprosenten var lav, noe som gjør at generaliserbarheten knyttet til private må gjøres med forsiktighet. På tross av dette er konklusjonen knyttet til offentlige og Helfos takster gyldige ettersom alle takstene til de offentlige kjeveortopedene er innhentet. En annen utfordring er at omfanget av bruk av egenandeler utenom fastsatte takster er ufullstendig: Det mangler data for offentlige kjeveortopeder (grunnet manglende svar), og størrelsen på disse egenandelene

er heller ikke kartlagt for de private kjeveortopedene. Selv om størrelsen på egenandelene ikke er kartlagt, vil enhver egenandel utover takstene redusere den totale refusjonen pasienten mottar. Disse egenandelene kompliserer direkte prissammenligninger mellom kjeveortopeder, da slike egenandeler kan være betydelige.

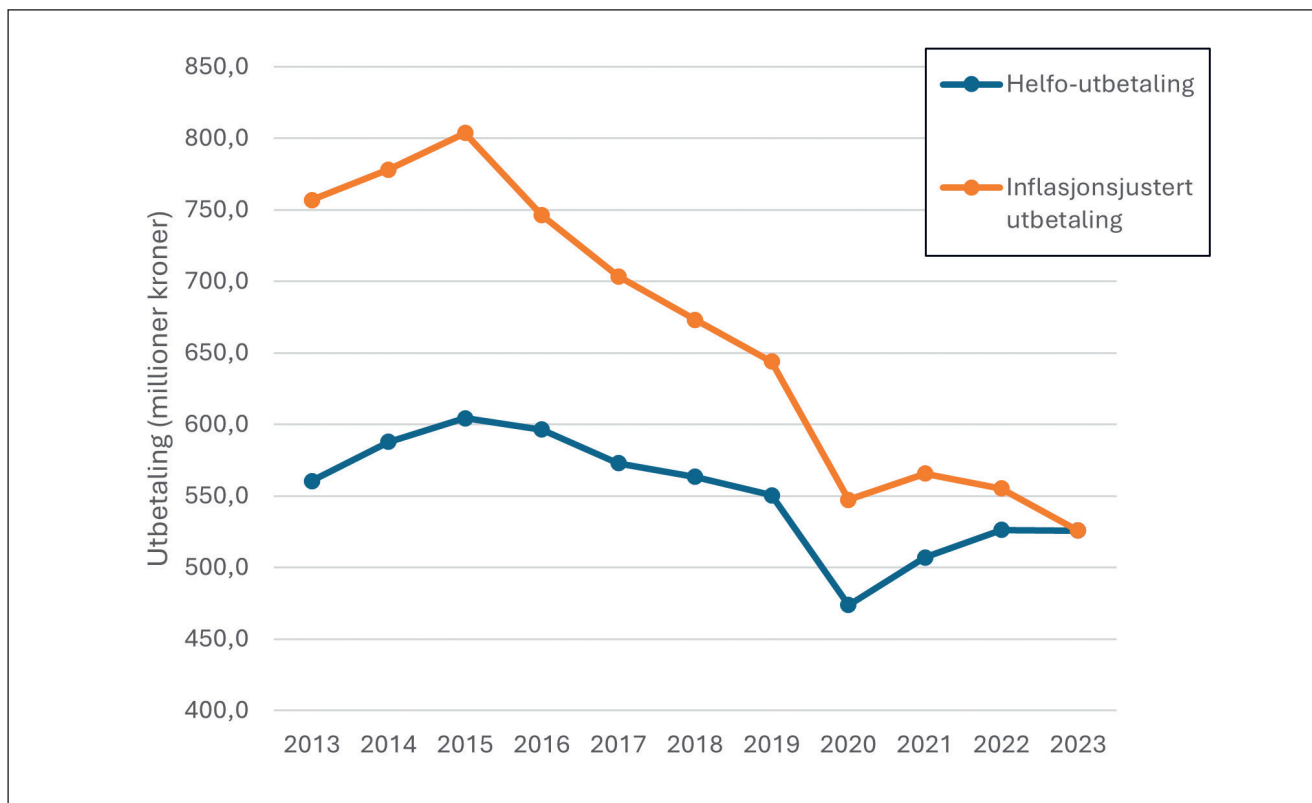
To tilfeller hvor egenandeler utenom takstene kan utgjøre store forskjeller er ved tannteknisk arbeid i forbindelse med skeletal forankring og teknikerkostnaden for skinnbehandling. For eksempel så er teknikerkostnaden for en «comprehensive» skinnbehandling med Invisalign 26 900 kroner per januar 2024 ifølge Aligns Invisalign Doctor nettside. Hvorvidt prisen på skinnene er innbakt i skinnetaksten (608b) vil være av stor betydning for den endelige prisen for pasienten. For eksempel, kjeveortopeden som oppga at skinnbehandlingtaksten var 30 000 (609b) oppga også at pasienten ikke har egenandeler utenom taksten, mens andre kjeveortopeder med langt lavere sats på takst 609b oppga at pasienten i tillegg til taksten betaler teknikerhonorar. Totalkostnaden for pasienten kan derfor bli det samme.

Når det gjelder tannteknikkhonorarer for apparatur med skeletal forankring så vil dette variere med apparatur. En mesial slider, et apparatur som kan være indikert for lukelukking i overkjeven ved agenesi av lateraler i overkjeven (for eksempel i kombinasjon med en skeletal klasse III tendens) (7), kan koste mer enn 500 euro i innkjøp fra tanntekniker (eks. TADMAN Mesialslider). Hvis denne kostnaden alene belastes pasienten, vil en pasient i gruppe B, med 75 % stønad fra Helfo, få redusert refusjonen fra om lag 53 % til om lag 47 % stønad av totalt beløp (tabell 2). Andre kostnader som belastes pasienten, som hygienetillegg eller ekstra tidsbruk ved en arbeidsoperasjon, vil ytterligere kunne redusere den faktiske refusjonen pasienten får. Det kan også være verdt å merke seg at HELFOs takster for komplett sett alignere (609b) og skeletalt forankret apparatur (608b) er så lav at hvis ikke pasienten blir belastet deler eller hele teknikerutgiftene ville kjeveortopedene hatt større utgifter til prosedyrene enn inntekter.

**Tabell 3: Tabellen viser en oversikt over den gjennomsnittlige prisen i kroner på en fastprisavtale hos private kjeveortopeder sammenlignet med en konstruert standard kjeveortopedisk behandling basert på Helfo sine takster.**

Sektor	Gjennomsnittlig pris i kroner ± standardavviket (minimum–maksimum)	100 % stønad fra Helfo	Differanse mellom 100 % stønad fra Helfo og fastprisavtale (gjennomsnitt)
Offentlig (n=5) <sup>o</sup>	41 970,-	27 825,-	14 145
Privat (n=15)	39 867 ± 3865 (37500–48000)		12 042

<sup>o</sup> Fra samme fylkeskommune



Figur 1. Figuren viser utbetalinger knyttet til innslagspunkt 8 (bittanomalier) fra Helfo i perioden 2013-2023. Den oransje linjen viser utbetalinger justert for inflasjon (fra 2023).

Diskrepanser mellom Helfos og kjeveortopeders takster kan skyldes mange faktorer, men manglende prisjustering av Helfo-takster er trolig en årsak. Basert på data innhentet fra Helfo, var stønadsutbetalingene for stønadspunkt 8 (Bittanomalier) lavere i 2023 enn i 2013 i absolutte tall. Når man tar hensyn til inflasjon, var utbetalingene nesten 33 % lavere i 2023 sammenlignet med 2013 (Figur 1). Nedgangen i Helfos utbetalinger kan forklares med en nedjustering av takster, bortfall av takster eller en underregulering av takster (8). Større endringer av refusjonssystemet, slik som i 2020, har også hatt en påvirkning på antall pasienter som har rett på stønad og dermed total utbetaling knyttet til stønadspunkt 8. I en rapport fra Statistisk sentralbyrå (SSB) fra 2023 ble det estimert at det har vært en nedgang på 4-6 % i pasienter med rett på stønad, men estimatet er usikkert grunnet korona-pandemien (8).

Tilgang til orale helsetjenester påvirkes av mange faktorer, som antall tannhelsearbeidere per innbygger, nærhet til klinikker, sosiale/kulturelle elementer, men også hvorvidt man har råd til tjenesten (9). Fra de innhentede resultatene ser vi at pasienter med kjeveortopediske behandlingsbehov har betydelige egenandeler selv med stø-

nad fra Helfo (Tabell 2). Disse egenandelene kan tenkes å være en medvirkende faktor for om et barn får kjeveortopedisk behandling eller ikke. Ulikheter i hvem som mottar kjeveortopedisk behandling finner man i land hvor kjeveortopedisk behandling ikke er dekket av staten, som for eksempel Frankrike (10). I Nord-Irland, hvor kjeveortopedisk behandling er dekket av staten, fant man ingen relasjon mellom sosioøkonomiske faktorer og hvem som benyttet tilbudet (11). I en norsk kontekst fant en nylig publisert studie at det i liten grad var ulikhet i tilgang til kjeveortopedisk behandling (12). Dette står i kontrast til flere SSB-rapporter som viser at barn fra familier med lavt utdannings- og inntektsnivå mottar mindre kjeveortopedisk behandling (som anses behandlingskrevende av Helfo) enn barn fra familier med høyere inntekt og utdanning (5,8).

Oral helse, slik Verdens helseorganisasjon og Helsedirektoratet definerer det, omfatter mer enn fraværet av sykdommer i munnen (13,14). Begrepet inkluderer også en funksjonell og sosial komponent hvor tannstilling (og kjeveortopedisk behandling) kan spille en rolle. Til tross for dette er kjeveortopedisk behandling i Norge, selv for tilstander som klassifiseres som veldig store behandlingsbe-

hov, ikke fullfinansiert av staten (15). Det er kanskje i lys av dette at tannhelseutvalget bak den nylige publiserte offentlige utredningen (NOUen) om fremtidens tannhelsetjeneste skriver at «... barn og unge med behov for tannregulering bør få dette gratis på lik linje med øvrige tannhelsetjenester og helse- tjenester generelt» (16). Selv om gratis kjeveortopedi for barn med behandlingsbehov kan ligge flere år frem i tid, kan et første skritt være å justere HELFO-takstene slik at de reflekterer takstene som benyttes i det offentlige.

### Konklusjon

- Det var ingen forskjell mellom det offentlige og private når det gjelder totalprisen for en konstruert standard kjeveortopedisk behandling.
- Pasienten kan ha andre utgifter utenom fastprisavtalene og de kjeveortopediske takstene, men dette varierer mellom kjeveor-

topeder. Slike utgifter vil ha en negativ innvirkning på den totale refusjonen til pasientene, samt gjøre en direkte sammenligning av egenandeler hos kjeveortopeder krevende.

- Helfos takster er betydelig lavere enn både offentlige og private kjeveortopediske takster. Den prosentvise stønaden fra Helfo tilsvarer derfor ikke den reelle prosentvise stønaden som pasienten mottar. Henvisende tannhelsepersonell bør være oppmerksom på dette når/hvis de diskuterer kjeveortopediske behandling og henvisning med sine pasienter.

Konklusjonene relatert til private kjeveortopeder bør ses i lys av at de baserer seg på relativt få respondenter.

### Takk

En stor takk til alle som har gjennomført spørreundersøkelsen.

## REFERANSER

1. Lov om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven). Helse- og omsorgsdepartementet; 1983.
2. Dimberg L, Arnrup K, Bondemark L. The impact of malocclusion on the quality of life among children and adolescents: A systematic review of quantitative studies. *Eur J Orthod.* 2015;37(3):238–47.
3. Thiruvenkatachari B, Harrison JE, Worthington H V, O'Brien KD. Orthodontic treatment for prominent upper front teeth (Class II malocclusion) in children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;2013(11).
4. Naoumova J, Kuroi J, Kjellberg H. Extraction of the deciduous canine as an interceptive treatment in children with palatal displaced canines - part I: Shall we extract the deciduous canine or not? *Eur J Orthod.* 2014;37(2):209–18.
5. Ekorud T, Skjøstad O, Texmon I. Tannregulering blant barn og unge: En analyse av behandlingsforløp og sosioøkonomiske forskjeller (2019/27). SSB. 2019;1–64.
6. Helsedirektoratet. Analyse av stønadsutbetalingene til tannbehandling ved tilstander som omfattes av forskriftens punkt 8 Bittanomali. IS-2280. 2014;1–63.
7. Wilmes B, Beykirch S, Ludwig B, Becker K, Willmann J, Drescher D. The B-Mesialslider for non-compliance space closure in cases with missing upper laterals. *Semin Orthod.* 2018;24(1):66–82.
8. Texmon I, Ekorud T. Tannregulering blant barn og unge 2012–2022 (2023/37). SSB. 2023;1–104.
9. Mathur MR, Williams DM, Reddy KS, Watt RG. Universal health coverage: A unique policy opportunity for oral health. *J Dent Res.* 2015;94(3):35–55.
10. Germa A, Kaminski M, Nabet C. Impact of social and economic characteristics on orthodontic treatment among children and teenagers in France. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2010;38(2):171–9.
11. Breistein B, Burden DJ. Equity and orthodontic treatment: a study among adolescents in Northern Ireland. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 1998;113(4):408–13.
12. Jiang N, Kinge JM, Skau I, Grytten J. Does subsidized orthodontic treatment reduce inequalities in access? Evidence from Norway based on population register data. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2024;52(2):232–8.
13. World Health Organization. Oral Health definition [Internet]. Available from: [https://www.who.int/health-topics/oral-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/oral-health#tab=tab_1).
14. Helsedirektoratet. God klinisk praksis i tannhelsetjenesten – en veileder i bruk av faglig skjønn ved nødvendig tannbehandling. IS-1589. 2011;7.
15. P.H. B, W.C. S. The development of an index of orthodontic treatment priority. *Eur J Orthod.* 1989;11(3):309–20.
16. NOU 2024:18 (2024). En universell tannhelsetjeneste - Harmonisering, styring og utvidet offentlig ansvar.

## ENGLISH SUMMARY

Hilmarsen S, Jensen O-C, Nilsen BW.

**Price tariffs in orthodontics: differences between public, private, and Helfos rates**

Nor Tannlegeforen Tid. 2024; 134: 1032-8.

**Background/Purpose:** About half of Norwegian children receive orthodontic treatment, yet socioeconomic disparities exist due to partial government funding. This study aimed to explore economic barriers to orthodontic care by examining differences in rates between Helfo and private/public orthodontists, and assessing the actual percentage of financial support given by HELFO to patient in need of orthodontic treatment.

**Method:** A questionnaire was sent to Norwegian orthodontists through the Norwegian Orthodontic Association to survey tariffs and additional out-of-pocket expenses. Differences in pricing between private and public orthodontists for individual fees and a hypothetical treatment course were examined. Due to a low response rate from public orthodontists, fee information was directly obtained from all county councils.

**Results:** There were 32 respondents (29 private, 3 public), with a total of 22 public and 14 private orthodontists included in the fee analysis. Significant price differences were noted on specific tariffs, but not across a hypothetical treatment scenario. Both private and public orthodontists generally charge more than Helfo's rates, leading to higher patient out-of-pocket expenses. Actual Helfo reimbursements for patients were approximately 70 %, 50 %, and 30 % for group a, b and c.

**Conclusion:** The study found that both private and public orthodontic fees significantly exceed Helfo's, increasing out-of-pocket costs for patients and reinforcing financial barriers to orthodontic care in Norway.

## Tidendes pris for beste kasuistikk

Tidende ønsker å motta gode kasuistikker til tidsskriftet. Vi har derfor opprettet en pris som vi tar sikte på å dele ut hvert annet år, og neste gang ved NTFs landsmøte i 2026.

Prisen på 30 000 kroner tildeles forfatteren(e) av den som vurderes som den beste av de publiserte kasuistikkene i løpet av to årgan-

ger av Tidende. Tidende ønsker med dette å oppmuntre til en type fagskriving som er etterspurt blant leserne og som bidrar til å opprettholde norsk fagspråk. Vi er ute etter pasienttilfeller som er sett og dokumentert i praksis og som beskriver kliniske situasjoner som bidrar til erfaringsgrunlaget i tannhelsetjenesten. Vi er svært

interessert i flere bidrag fra den utøvende tannhelsetjenesten i tillegg til kasus fra spesialistutdanningene. Ved bedømmelsen blir det lagt særlig vekt på: Innholdets relevans for Tidendes lesere, disposisjon, fremstillingsform og lesbarhet, diskusjon av prognose og eventuelle alternative løsninger samt illustrasjoner.