

臺南市政府 112 年度辦理原住民族長者裝置假牙 實施計畫

壹、辦理單位

承辦機關：臺南市政府

協辦單位：臺南市牙醫師公會、健保特約牙科醫院(診所)

貳、實施地區

臺南市全(37)區

參、辦理方式

一、申請程序：

(一) 服務對象：年滿 55 歲以上原住民，資格限制如下：

- 1、設籍本市年滿 55 歲以上之原住民長者，經醫師評估缺牙需裝置假牙，且未符合衛生福利部「中低收入老人補助裝置假牙實施計畫」、本市「65 歲以上老人暨 55 歲以上原住民免費裝置全口活動假牙計畫」服務對象，或未申請其他政府機關所辦假牙補助者。
- 2、服務對象 112 年度同一類已取得相同補助項目者，或其他政府機關所辦假牙計畫之補助者，不得提出申請。

(二) 程序（線上及紙本雙軌並行）：

1、紙本申請：

- (1) 提出申請：申請補助裝置假牙者，應攜帶健保卡逕向健保特約牙科醫院(診所)提出申請。
- (2) 口腔檢查：由健保特約牙科醫院(診所)提供口腔檢查服務及鼓勵口腔篩檢，並協助申請者填具申請書【附件 2~4】後，連同診治計畫書(一)【附件 5】、戶籍資料等原住民身分證明文件，於 7 日內送本府委託之本市牙醫師公會進行審查。
- (3) 審查作業：由本府辦理申請者資格審查作業，至涉及醫

療專業部分，由本市牙醫師公會轉請指派具合格牙醫師證書者辦理。

- (4) **裝置或維修假牙**：經審核通過後，本府將發核定函予申請者及提供口腔檢查服務之健保特約牙科醫院(診所)，始得製作或維修假牙。
- (5) **補助請款**：由健保特約牙科醫院(診所)檢具原申請文件、核定函影本、診治計畫書(二)【附件 6】、滿意度調查表、醫療費用明細及領據或印領清冊【附件 7、附件 6-1、附附件 6-2】送本市牙醫師公會審核後，向本府申領款項。

2、線上申請：

- (1) **提出申請**：申請補助裝置假牙者，應攜帶健保卡逕向健保特約牙科醫院(診所)提出申請。
- (2) **口腔檢查**：由健保特約牙科醫院(診所)提供口腔檢查服務及鼓勵口腔篩檢，於原住民族委員會補助原住民族長者裝置假牙審核系統(下稱審核系統)輸入資料後成案，並於 3 日內線上申請。
- (3) **審查作業**：由本府於審核系統辦理申請者資格審查作業，至涉及醫療專業部分，由地方牙醫師公會轉請指派具合格牙醫師證書者於審核系統辦理，審查日期不得超過工作天 10 日。
- (4) **裝置或維修假牙**：經審核通過後，審核系統將發簡訊通知申請者及提供口腔檢查服務之健保特約牙科醫院(診所)，本府亦將發核定函予申請者及提供口腔檢查服務之健保特約牙科醫院(診所)，始得製作或維修假牙。
- (5) **補助請款**：由健保特約牙科醫院(診所)於審核系統填妥診治計畫書(二)【附件 6】、滿意度調查表【附件 7】、醫療費用明細及領據或印領清冊【附件 6-1、附件 6-2】，由牙醫師公會審核後，向本府申領款項。
- (6) 為鼓勵使用「補助原住民族長者裝置假牙審核系統」，提升使用率，進而節省民眾等待時間，原住民族委員會

補貼牙科醫療院所為使用系統所生各項成本，以系統線上申請及審核假牙補助案件，凡結案完成撥款者，每案件補貼新臺幣 100 元整。

二、申請流程圖：

權責單位	作業流程	作業期限
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 服務對象請攜帶健保卡前往全民健康保險特約牙科醫院(診所)申請 </div>	紙本作業 線上作業
牙科醫院(診所)	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 牙科醫院(診所)檢具以下資料送申請者地方牙醫師公會專業審查，專業審查後送戶籍地之地方政府資格審查： 1. 申請書 2. 診治計畫書(一) </div>	7 3 天內送件
地方政府 牙醫師公會	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 審查作業 直轄市及縣(市)政府 辦理資格審查； 地方牙醫師公會 辦理專業審查 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 發文退件 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 通知補正 </div> </div> <p style="text-align: center;">不符合 → 須補正 → 符合</p>	審查作業不得超過 21 10 個工作日
地方政府	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 由直轄市及縣(市)政府函知申請者及牙科醫院(診所)開始裝置或維修假牙 </div>	
牙科醫院(診所)	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 完成後，牙科醫院(診所)檢具以下事項送牙醫師公會複審，複審通過後由公會轉送直轄市及縣(市)政府請款： 1. 領款收據或印領清冊 2. 診治計畫書(二) </div>	完成裝置或維修假牙次日起 14 日內
地方政府	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 直轄市及縣(市)政府撥款予牙科醫院(診所)。 </div>	20 15 日

三、補助類別、單價及數量

(一) 補助基準一

補助項目	補助態樣	每年最高補助金額
1	上、下顎全口活動假牙	4 萬 4,000 元
2	上顎全口活動假牙	2 萬 2,000 元
3	下顎全口活動假牙	2 萬 2,000 元
4	上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙	3 萬 9,000 元
5	下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙	3 萬 9,000 元
6	上、下顎部分活動假牙	3 萬 3,000 元
7	上顎部分活動假牙	1 萬 7,000 元
8	下顎部分活動假牙	1 萬 7,000 元
9	固定式假牙(指牙冠或牙橋，至多 10 顆)	4,400 元/顆，最高補助 4 萬 4,000 元
10	活動假牙維修費(如附表 10-補助基準二)	6,600 元

備註：

每名服務對象每年最高補助金額為 4 萬 4,000 元，未達最高補助金額者以實際金額支付，逾最高補助金額者，以最高補助金額支付。

舉例：核定補助上顎全口假牙計 2 萬 2,000 元，固定式假牙至多僅能補助 5 顆計 2 萬 2,000 元。

(二) 補助基準二

補助項目	補助態樣	補助金額	每年最高補助金額/新臺幣
1	假牙破裂維修費/單顎	1,100 元	6,600 元
2	假牙添加費/單顎	1,100 元	
3	假牙線勾/個	1,100 元	
4	假牙硬式襯底/座	3,300 元	

肆、服務品質監督及調處機制

一、服務品質：「服務提供單位」應提供口腔檢查及裝置或維修假牙服務。

(一) 「服務提供單位」：由具有合格牙醫師證書、開業執照及執業執照，且為健保特約牙科醫院(診所)擔任。

(二) 提供之服務應包含假牙製作及裝戴、裝戴後至少一年調整服務，以保障服務品質。

(三) 服務對象如遇傷病、死亡等因素，致無法繼續完成裝置活動假牙，戶籍地直轄市及縣(市)政府得請牙科醫院(診所)檢附相關證明文件，按假牙製作階段支付服務提供單位。

(四) 核定補助經費之比率：

補助態樣	按製作階段及核定補助經費比率
活動假牙	牙齒骨架印模：30% 完成排牙：70% 已製作完成：80%
固定式假牙	牙齒取模：35% 已製作完成：80%

二、成立調處機制

- (一) 成立調處小組：由本府與本市牙醫師公會成立爭議調處小組，處理爭議情事。
- (二) 調處內容：服務對象與健保特約牙科醫院(診所)有關假牙製作或醫療等爭議事件時之案件處理；如涉及自費項目，則需以醫療糾紛辦理。
- (三) 申請方式：遇有申請或裝置假牙爭議事件，服務對象與健保特約牙科醫院(診所)雙方應檢具相關書面事證送本府(戶籍地)調處，必要時調處小組得請雙方出席說明。倘服務對象第一類與健保特約牙科醫院(診所)非位於設籍於本市時，得由本府協調居住地之地方政府與牙醫師公會代為調處。

三、自行迴避原則：辦理審核檢查服務相關人員，有下列各款情形之一者，應自行迴避：

- (一) 本人或其配偶、前配偶、四親等內之血親或三親等內之姻親或曾有此關係者為事件之當事人時。
- (二) 本人或其配偶、前配偶，就該事件與當事人有共同權利人或共同義務人之關係者。
- (三) 現為或曾為該事件當事人之代理人、輔佐人者。
- (四) 於該事件，曾為證人、鑑定人者。

四、服務對象及診所若有填報不實、隱匿事實、溢領補助或違反相關法令情事者，其所領取之補助，由本府以書面命本人或其法定繼承人於三十日內返還；屆期未返還者，依法移送強制執行，涉及刑責者移送司法機關辦理。

伍、本計畫奉核後自公告之日起開始實施，修正時亦同。