

114年度臺中市政府原住民族事務委員會辦理補助 55歲以上原住民長者裝置假牙執行計畫

壹、計畫依據：本會114年度施政計畫。

貳、計畫目的

- 一、減輕裝置假牙醫療費用負擔。
- 二、增進口腔功能健康。
- 三、加強口腔保健觀念。
- 四、維持基本生活功能。

參、辦理機關：

- 一、指導機關：原住民族委員會。
- 二、辦理機關：臺中市政府原住民族事務委員會。
- 三、協辦單位：臺中市大臺中牙醫師公會、社團法人臺中市牙醫師公會。

肆、實施地區：臺中市。

伍、實施期程：自計畫公布日起至114年12月31日止。

陸、補助對象：

- 一、設籍臺中市且年滿55歲以上原住民，經醫師評估缺牙需裝置假牙者。
- 二、未申請其他政府機關所辦假牙補助計畫者。
- 三、服務對象3年內未曾獲本府社會局、衛生局及本會補助假牙裝置者。
- 四、同一年度同一類已取得相同補助項目者及其他政府機關所辦理假牙計畫之補助者，不得提出申請。

柒、申請流程及應備文件：

一、提出申請(紙本)：

申請人應攜帶健保卡至健保特約牙科醫院(診所)填寫申請表【附表1】，以郵寄或傳真至本會。

二、口腔檢查：

- 1、申請人接獲「資格審查通過」後，於文到30日內持公文至健保特約牙科醫院(診所)進行咬、印牙模、假牙裝置評估相關事宜。

2、健保特約牙科醫院（診所）收到申請人「初審通過補助最高上限金額之診治計畫書」，應將切結書【附表1-1】、診治計畫書（一）【附表2】或【附表2-1】、病歷及牙模於14日內送牙醫師公會審查。

三、**審查作業**：醫療專業部分須由地方牙醫師公會轉請指派具合格牙醫師證書者辦理。另健保特約牙科醫院（診所）送件後至通知審核結果之期間，不得超過工作天21日。

四、**裝置或維修假牙**：經審核通過後，由本會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。

五、**請款**：由健保特約牙科醫院（診所）協助申請者填具滿意度問卷調查表【附表7】，並應檢具診治計畫書（二）術後照【附表3】、領據或印領清冊【附表4-1、附表4-2】、滿意度問卷調查表【附表7】，及「製作假牙醫療費用收據正本需附千分之四印花稅」向本會申領款項。

六、應備文件

（一）年滿55歲以上之經濟弱勢原住民，請檢具：

1. 本人、配偶、同一戶籍二等親之最新綜合所得稅各類所得資料清單及全國財產稅總歸戶財產查詢清單。
2. 如有低收入戶、中低收入戶或領有中低收入老人生活津貼證明者，僅檢附該證明，無須檢附前2項文件。

（二）年滿55歲以上原住民自願依非經濟弱勢戶申請者，無需檢附上開財稅資料。如係低收入戶、中低收入戶、身心障礙或領有中低收入老人生活津貼證明者，不得申請。

七、**申請流程圖**：請參閱【附表5】。

捌、**受理申請期限及經費撥付、核銷**：

一、申請期間：自計畫公布日起至114年10月31日止。

二、牙醫師公會：

（一）公會審查費：每一案件100元整，並於114年12月20日前掣收據向本會申請付款。

(二) 公會委員審查費：牙醫師公會應聘請合格2位牙醫師擔任審查委員，每次每位審查委員審查費新臺幣1,500元整。

三、受理診治計畫書截止日：

(一) 健保特約牙科醫院（診所）：應於114年11月20日前將診治計畫書等相關資料送至所屬地方牙醫師公會審查。

(二) 地方牙醫師公會：應於114年11月30日前完成審查各健保特約牙科醫院（診所）提報之診治計畫書及相關申請文件，並送至本會辦理。

四、核銷注意事項：

(一) 考量口腔實際狀況，諸如牙床萎縮、牙齒走位及倒塌、咬合狀況等相關因素，造成假牙裝置排牙空間不足，致使任一顎假牙成品與診治計畫書有異，同意容許任一顎差異在正負1顆，按原核定金額撥付。

(二) 有關假牙裝置任一顎差異於正負2顆（含2顆）以上時，請合約牙醫院所填寫申覆單，並送計畫審查委員會審議。倘若診所無意願填寫申覆單【附表6】，於正2顆以上時，按原核定金額；負2顆以上時，則將扣除至容許誤差之範圍內撥付經費。

(三) 假牙裝置倘若因排牙空間不足等等因素，致使欲製作之假牙以金屬填充物代替，考量金屬填充物仍具備咬合及咀嚼功能，同意該顆假牙以金屬填充物代替，並仍核撥該顆假牙經費。

玖、補助態樣及裝置假牙類別、基準：

一、上、下顎全口活動假牙。

二、上顎全口活動假牙。

三、下顎全口活動假牙。

四、上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙。

五、下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙。

六、上、下顎部分活動假牙。

七、上顎部分活動假牙。

八、下顎部分活動假牙。

九、固定式假牙(指牙冠或牙橋)。

十、活動假牙維修。

壹拾、補助類別及基準

一、經濟弱勢戶：

(一)活動假牙：

1. 部分缺牙活動假牙

(1)單側不橫跨中線，1顆樹脂假牙為6,000元、2顆樹脂假牙為7,000元、逾3顆(含3顆)及游離端兩顆，應橫跨中線設計為12,000元。

(2)跨中線超過4顆以上，多1顆加1,000元，上限22,000元。

(3)上、下顎部分活動假牙，上限為44,000元。

2. 全口活動假牙

(1)單顎全口活動假牙22,000元。

(2)上、下顎全口活動假牙上限44,000元。

3. 活動假牙維修費

(1)假牙破裂維修費/單顆，最高上限1,100元。

(2)假牙添加費/單顆，最高上限1,100元。

(3)假牙線勾/個，最高上限1,100元。

(4)假牙硬式襯底/座，最高上限3,500元

(二)固定式假牙：固定式假牙(牙冠或牙橋)至多10顆，1顆4,400元。

(三)每年活動假牙與固定假牙費用合計上限為44,000元。

二、非經濟弱勢戶：

(一)活動假牙：

1. 部分缺牙活動假牙

(1)單側不橫跨中線，1顆樹脂假牙為6,000元、2顆樹脂假牙為7,000元、逾3顆(含3顆)及游離端兩顆，應橫跨中線設計為13,000元。

(2)跨中線皆為13,000元。

(3)上、下顎部分活動假牙，上限為26,000元。

2. 全口活動假牙

- (1)單顎全口活動假牙18,000元。
- (2)上、下顎全口活動假牙上限36,000元。

3. 活動假牙維修費

- (1)假牙破裂維修費/單顆，最高上限600元。
- (2)假牙添加費/單顆，最高上限600元。
- (3)假牙線勾/個，最高上限600元。
- (4)假牙硬式襯底/座，最高上限1,800元。
- (5)前揭維修費用，每人補助金額以各類最高合計上限為3,600元為準。

(二) 固定式假牙：固定式假牙(牙冠或牙橋)至多10顆，1顆3,600元。

(三) 每年活動假牙與固定假牙費用合計上限為36,000元。

三、服務對象及經費補助審核基準：製作假牙費用若超過本計畫各類補助態樣最高補助金額，得由民眾自行負擔。

服務對象	經費補助限制	審核基準
本市低收入戶及中低收入戶之原住民	符合經濟弱勢補助最高上限金額。	領有本市低收入戶及中低收入戶或領有中低老人生活津貼證明文件。
本市經濟弱勢戶之原住民	符合經濟弱勢戶補助最高上限金額。	一、全家人口之計算，以「申請人」、「配偶」及「同一戶籍之二等親」內親屬為基準，檢附當年度最新之財產清單及綜合所得稅清單所列工作收入及財產做核算。 二、年度之綜合所得稅清單若無工作收入者，依照當年度最低基本工資核算，但核算結果未達基本工資者，依基本工資核算。

		<p>三、全家人口未超過一人時，存款本金及有價證券按面額計算之合計金額為新臺幣二百五十萬元，每增加一人，增加新臺幣二十五萬元。</p> <p>四、家庭所有之不動產合計金額未超過新臺幣六百五十萬元。如屬原保地依未產生經濟效益原住民保留地認定標準第三條判定。</p>
本市55歲以上之長者非屬前項補助對象	符合非經濟弱勢戶補助最高上限金額。	非屬「低收入戶、中低收入戶」及「經濟弱勢戶」之原住民。

壹拾壹、審核機制權責分工：

- 一、本會：資格審查。包括補助對象及資格、重複補助情形、家庭所得情形。
- 二、地方牙醫師公會：專業審查。由地方牙醫師公會轉請指派具合格牙醫師證書者辦理補助項目審定、服務提供單位估價合理性及其他必要文件等。
- 三、審核注意事項：
 - (一) 本會應支付牙醫師公會指派之專業牙醫師審核費用，另交通費請依實際情形檢據核銷。
 - (二) 審核人員應本於專業及良知，公正執行職務，不為及不受任何請託或關說。
 - (三) 地方牙醫師公會依據本計畫之補助態樣基準審核，惟超過補助金額部分，得由民眾與健保約牙科醫院（診所）雙方協定，非地方牙醫師公會審查範圍內（含切結書）。

壹拾貳、服務品質監督及調處機制

- 一、「服務提供單位」提供口腔檢查及裝置或維修假牙服務：
 - (一) 「服務提供單位」：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）。
 - (二) 提供之服務應包含假牙製作及裝載、裝載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假牙，本會得請牙科醫院（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：由本會與地方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。
- (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會調處，必要時調處小組得請雙方出席說明。倘服務對象與健保特約牙科醫院(診所)非位於戶籍地時，得由本會協調居住地之地方政府與牙醫師公會代為調處。

壹拾參、其他應注意事項：

- 一、實際執行事項之受理申請方式、審核機制或流程及服務提供等事項，請依上開申請程序及流程圖(附表5)之便民方式辦理。
- 二、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。
- (五) 服務對象有填報不實、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，由本會命本人或其法定繼承人於30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。
- 三、提供之服務應包含假牙製作及裝戴、裝戴後至少一年保固調整服務，以保障服務品質。
- 四、申請本假牙補助案件，民眾得自行選擇材質，其超出補助費用部分，得由民眾自行負擔。
- 五、有關假牙裝置費用，請依臺中市政府衛生局核定牙醫醫療機構收費標準表辦理。
- 六、醫療費用領據(印領清冊)需附千分之四印花稅。
- 七、本計畫由本會及原住民族委員會編列預算支應，經費用罄停止補助。

壹拾肆、預期效益

- 一、量化效益：
補助55歲以上原住民族長者裝置假牙，受益人次約100-200人。
- 二、質化效益：
促進原住民族長者口腔衛生保健，恢復牙齒咀嚼功能，減少醫療費支出，提升長者生心理健康，強化社會參與，提升生活品質。

壹拾伍、本計畫如有未盡事宜得隨時修正之。