

原住民族委員會

114 年度補助原住民族長者裝置假牙實施計畫

113 年 10 月 1 日原民社字第 1130048128 號函核定

壹、計畫緣起及目的：

一、緣起：

- (一) 世界衛生組織(World Health Organization, WHO)指出，口腔健康不僅影響咀嚼、營養、說話、社交，更可說是全身健康與生活品質的重要基石。由於牙齒與口腔組織長年暴露於相當複雜的環境中，使得口腔疾病，包括：齲齒、牙周病、口腔癌等，成為大多數人們一生中都必须面對的挑戰。
- (二) 依據口腔保健法第 3 條及第 8 條規定，政府應推行口腔疾病預防及保健工作，直轄市、縣(市)主管機關應加強推展老人之口腔保健措施及口腔危害因子防制；爰此，衛生福利部於民國 98 年起，編列預算補助中低收入老人裝置假牙，並於 107 年 3 月 27 日起將 55 歲以上符合低收入戶及中低收入戶資格之原住民納入補助對象。
- (三) 依本會「110 年度臺灣原住民族經濟狀況調查」原住民族家庭年平均收入為 86.19 萬元與全體家庭平均年收入 137.84 萬元相較，僅是全體家庭的 0.63 倍。另依「112 年度原住民族就業狀況調查報告」，原住民族有酬就業者每人每月主要工作平均收入 34,244 元，與全體民眾 43,281 元相較，低 9,037 元，顯示原住民族經濟狀況相較於全體民眾處於相對劣勢。考量口腔醫療費用昂貴，若衍伸其他疾病，將促使醫療費用更為沉重，為保障年滿 55 歲以上原住民族之口腔健康及減輕經濟負擔，特訂定本計畫。

二、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。

貳、辦理機關：

- 一、補助機關：原住民族委員會(以下簡稱本會)。
- 二、辦理機關：直轄市及縣(市)政府。

參、實施地區：全國

肆、實施期程：自 113 年 11 月 1 日起至 114 年 10 月 31 日止。

伍、執行方式：

一、服務對象資格、申請程序、補助態樣及基準：

(一) 服務對象為年滿 55 歲以上原住民，資格限制如下：

- 1、經醫師評估缺牙需裝置假牙，且非衛生福利部「中低收入老人補助裝置假牙實施計畫」服務對象資格者。
- 2、未申請其他政府機關所辦假牙計畫補助者。
- 3、服務對象 114 年度同一顎已取得相同補助項目者及他政府機關所辦假牙計畫之補助者，不得提出申請。

(二) 申請程序(線上為主、紙本為輔)：

1、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，於本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**：由戶籍地直轄市及縣(市)政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須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)，戶籍地直轄市及縣(市)政府亦應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

治成果表【附表 3】、領據及印領清冊【附表 4-1、附表 4-2】向戶籍地直轄市及縣（市）政府申領款項。

2、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表【附表 1】後，連同診治計畫書【附表 2】於 7 日內送申請者之戶籍地直轄市及縣（市）政府審查。
- (3) **審查作業**：由戶籍地直轄市及縣（市）政府辦理申請者資格審查作業，至涉及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。
- (4) **裝置或維修假牙**：經審核通過後，戶籍地直轄市及縣（市）政府應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)檢具診治成果表【附表 3】、領據及印領清冊【附表 4-1、附表 4-2】向戶籍地直轄市及縣（市）政府申領款項。

(三) 申請流程圖：請參閱【附表 5】。

(四) 補助態樣及裝置假牙類別：

- 1、上、下顎全口活動假牙。
- 2、上顎全口活動假牙。
- 3、下顎全口活動假牙。
- 4、上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙。
- 5、下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙。
- 6、上、下顎部分活動假牙。
- 7、上顎部分活動假牙。
- 8、下顎部分活動假牙。
- 9、固定式假牙(指牙冠或牙橋)。

10、活動假牙維修費。

(五) 補助基準：如【附表 6】、【附表 7】；製作假牙費用若超過本計畫各類補助態樣最高補助金額，得由民眾自行負擔或直轄市及縣(市)政府酌予補助。

(六) 服務提供單位：口腔篩檢及裝置假牙服務，由直轄市、縣（市）政府結合具有合格牙醫師證書、開業執照及執業執照，且為全民健康保險特約之公私立醫療院所。

二、直轄市及縣（市）市政府配合辦理事項：

類別	工作項目
(一)規劃及辦理相關行政作業	1、計畫申請期間及應備文件：自本計畫函頒日起 20 日內，檢附計畫申請表【附件 1】、執行計畫書【附件 2】、牙科醫院診所彙整表【附件 3】、納入預算證明及領據向本會提出申請與請款。 2、執行計畫書內容：至少應包含評估轄內原住民族長者需求情形、辦理方式（包含服務對象申請程序、申請流程圖、補助類別、單價及數量、審核及監督機制、服務品質監督、調處機制、經費概算及預期效益）。 3、調查有意願配合之牙科醫院診所：應調查轄內有意願配合之牙科醫院(診所)彙整表【附件 3】，併同執行計畫於本會函頒後 20 日函報本會備查。 4、按季提供報表：於 2 月 10 日、5 月 10 日、8 月 10 日及 11 月 10 日，依【附件 4】、【附件 5】、【附件 6】格式，將 11 月至 1 月、2 月至 4 月、5 月至 7 月及 8 月至 10 月執行情形相關統計表彙送本會彙辦。 5、滿意度調查：應辦理滿意度調查【附件 7】，以瞭解服務對象接受補助裝置假牙後滿意情形。 6、口腔保健常識宣導及口腔篩檢服務：請牙科醫院診所於檢查長者口腔狀況時，一併提供口腔保健常識宣導；必要時，經原住民長者同意後，提供口腔篩檢服務。 7、假牙補助申請及裝置(維修)期限：114 年度之補助申請，最遲應於 10 月 31 日前完成申請作業，於 114 年 11 月 1 日起受理案件應依次（115）年度計畫規定，辦理審查、核撥及結報等

類別	工作項目
	作業；114 年度補助款項用罄時，得向本會申請增撥，本會得就各直轄市及縣(市)政府補助款使用狀況調勻後同意撥付，惟 114 年度經費用罄即告中止受理。 8、行政獎勵：直轄市、縣（市）政府執行本計畫執行率逾 80%者，應對相關人員予以行政獎勵。 9、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，本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，並結案者，每案件補貼新臺幣 200 元整。
(二)執行事項	1、為審查服務對象及補助項目合理性，建立審核機制： (1) 審核權責分工： ➢ 直轄市及縣（市）市政府-資格審查：服務對象資格、重複補助情形(如 114 年度內是否已申請其他機關之假牙計畫補助)。 ➢ 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。 (2) 審核注意事項： ➢ 直轄市及縣（市）政府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。 ➢ 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。 2、「服務提供單位」提供口腔檢查及裝置或維修假牙服務： (1) 「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)。 (2) 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。 (3) 服務對象如遇傷病、死亡等因素，致無法繼續完成裝置假牙，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核定補助經費之比率：

類別	工作項目		
		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%
3、成立調處機制： (1) 成立調處小組：由直轄市及縣（市）政府與地方牙醫師公會成立爭議調處小組，處理爭議情事。 (2) 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。 (3) 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戶籍地直轄市及縣（市）政府調處，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，得由戶籍地之地方政府協調居住地之地方政府與牙醫師公會代為調處。			

三、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之便民方式辦理。
- (二) 為鼓勵各牙科醫院(診所)能協助推動本計畫，直轄市及縣(市)政府得視牙科醫院(診所)送件實際情形，酌予編列電話費等行政費用。
- (三) 本會得定期或不定期針對受補助之直轄市政府及縣(市)政府，以抽查方式考核實際執行情形。
- (四) 直轄市及縣（市）政府應於各項宣導資料或宣導品上標示「原住民族委員會補助」及「公益彩券統一識別標誌」等字(圖)樣。
- (五) 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：
 - 1、 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。

- 2、 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。
- 3、 現為或曾為該事件當事人之代理人、輔佐人者。
- 4、 於該事件，曾為證人、鑑定人者。
- 5、 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，由直轄市及縣（市）政府以書面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。

(六) 有關假牙裝置費用，請依所轄直轄市及縣(市)衛生局核定牙醫醫療機構收費標準表辦理。

(七) 醫療費用領據(印領清冊)需附千分之四印花稅。

陸、經費請款及核銷：

一、經費請款：**本計畫經費採地方政府接受中央計畫型補助款納入預算方式辦理**，並依中央政府非營業特種基金對地方政府補助計畫之撥款原則分 2 期付款，分期付款條件如下：

- (一) 第 1 期：由直轄市及縣（市）市政府檢據申請表、執行計畫書、領據及納入預算證明送本會，經審核通過後撥付核定金額 50%。
- (二) 第 2 期：執行金額已達計畫總經費之 50%後，應檢具第一期經費執行明細表【附件 8】及經費支出明細表【附件 5】送本會，經審核通過後撥付核定金額 50%，併得評估執行狀況申請增撥款。

二、經費核銷：請於 114 年 11 月 30 日前將 114 年度控管表【附件 6】、114 年度成果表【附件 4】、114 年度經費支出明細表【附件 5】連同「經費支出結報明細表」(附件 9)及「賸餘款」，函送本會辦理經費結報事宜。

三、**本計畫總經費之 80%應專款專用於製作或維修假牙費用**，餘費用可作為製作或維修假牙費用，或因執行計畫所衍生之其他費用（包括但不限於：出席費、審查費、交通費、郵資費、宣導費及行政管理費等）。

四、依中央對直轄市及縣(市)政府補助辦法第 8 條規定，中央對直轄市及縣（市）政府之計畫型補助款，應依財力級次給予不同補助比率，

分級如下：

- (一) 第 1 級（地方負擔 50%）：臺北市。
- (二) 第 2 級（地方負擔 25%）：新北市、臺中市。
- (三) 第 3 級（地方負擔 20%）：桃園市、臺南市、高雄市、基隆市、新竹縣、新竹市、金門縣。
- (四) 第 4 級（地方負擔 15%）：南投縣、宜蘭縣、彰化縣、嘉義市、花蓮縣。
- (五) 第 5 級（地方負擔 10%）：苗栗縣、雲林縣、嘉義縣、屏東縣、臺東縣、澎湖縣、連江縣。

柒、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 1,400 人 /1,700 人次。

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。

捌、經費來源：由本會 114 年度公益彩券回饋金項下支應。

玖、本計畫奉核後實施，如有未盡事宜得隨時修正之。

原住民族長者裝置假牙申請流程圖

權責單位	作業流程	作業期限
牙科醫院(診所)	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	紙本作業 線上作業
	牙科醫院(診所)檢具以下資料送申請者戶籍地之直轄市及縣(市)政府審查： 1. 申請書 2. 診治計畫書	7 3 天內送件
地方政府 牙醫師公會	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 不符合 → 發文退件 須補正 → 通知補正	審查作業不得超過
地方政府	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	21 10 個工作日
牙科醫院(診所)	完成後，牙科醫院(診所)檢具以下事項向直轄市及縣(市)政府請款： 1. 領款收據及印領清冊 2. 診治成果表	完成裝置或維修假牙次日起 14 日內
地方政府	直轄市及縣(市)政府撥款予牙科醫院(診所)。	20 15 日

附表 6

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	3 萬 6,000 元
2	上顎全口活動假牙	1 萬 8,000 元
3	下顎全口活動假牙	1 萬 8,000 元
4	上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙	3 萬 1,000 元
5	下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙	3 萬 1,000 元
6	上、下顎部分活動假牙	2 萬 6,000 元
7	上顎部分活動假牙	1 萬 3,000 元
8	下顎部分活動假牙	1 萬 3,000 元
9	固定式假牙(指牙冠或牙橋，至多 10 顆)	3,600 元/顆， 最高補助 3 萬 6,000 元
10	活動假牙維修費(如附表 10-補助基準二)	3,600 元
備註： 每名服務對象每年最高補助金額為 3 萬 6,000 元。 舉例：核定補助上顎全口假牙計 1 萬 8,000 元，固定式假牙至多僅能補助 5 顆計 1 萬 8,000 元。		

附表 7

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	600 元	3,600 元
2	假牙添加費/單顆	600 元	
3	假牙線勾/個	600 元	
4	假牙硬式襯底/座	1,800 元	

原住民族委員會補助○○縣政府
114 年度辦理原住民族長者裝置假牙實施計畫
滿意度問卷調查表

親愛的長輩您好： 感謝您撥冗填寫這份問卷，這份問卷主要是想了解您對於補助裝置假牙措施的滿意情形，請您依照自己的實際情形回答，並在最適當的答案□裡打✓。您的寶貴意見，對於政府施政會有很大的幫助。本項調查並不會洩露您個人資料，請放心填答，在此感謝您的協助。

○○縣政府○○局敬上 聯絡電話：○○○○

一、基本資料：

(一) 年齡層：☐55-64 歲 ☐65 歲以上

(二) 性別：☐男性 ☐女性

(三) 族別： 族

(四) 戶籍地： 縣、市 鄉、鎮、市、區

二、請問您從何處知道本項補助計畫（可複選）：

☐電視 ☐報紙 ☐網路 ☐縣市政府 ☐醫療院所 ☐鄰里長
☐親朋好友 ☐其他

三、請問您申請假牙補助的時間是____年____月____日

核定施作假牙時間為____年____月____日（請填寫地方政府函文日期）

完成裝置假牙的日期是____年____月____日

四、請問您的裝置假牙還在使用中嗎？

☐有
☐沒有

五、目前您裝置的假牙還舒適嗎？

☐非常舒適
☐舒適
☐沒意見
☐不舒適
☐非常不舒適

六、您覺得補助裝置假牙對您的飲食有沒有幫助？

☐非常有幫助
☐有幫助

- ☐沒意見
- ☐沒有幫助
- ☐非常沒有幫助

七、您覺得這次申請假牙補助的手續方不方便？

- ☐非常方便
- ☐方便
- ☐沒意見
- ☐不方便
- ☐非常不方便

八、請問您在假牙製作或維修的過程裡，自行負擔費用為何？

- ☐沒有
- ☐有，約收費 元？

九、您對原住民族委員會開辦原住民族長者補助裝置假牙計畫滿不滿意？

- ☐非常滿意
- ☐滿意
- ☐沒意見
- ☐不滿意（請續答十）
- ☐非常不滿意（請續答十）

十、請問您不滿意的原因是？（可複選）

- ☐醫院(診所)太少
- ☐申請程序複雜
- ☐口腔檢查時間太久
- ☐核准通知時間太久
- ☐其他

十一、建議事項：