

## 彰化縣補助65歲以上老人裝置全口假牙實施計畫

一、為恢復本縣長者咀嚼功能、強化消化系統，促進身體健康，並減輕經濟負擔，特補助彰化縣(以下簡稱本縣)65歲以上老人裝置全口活動假牙，以增進老人身心健康及提升生活品質。

二、辦理單位：

(一)主辦單位：彰化縣政府(以下簡稱本府)。

(二)協辦單位：本縣各鄉(鎮、市)公所、轄區內全民健保特約且與本府簽約之公私立牙科醫療院所。

三、補助對象及資格限制：

(一)申請資格：

1、年齡：年滿65歲以上老人。

2、戶籍：設籍本縣滿三年以上，且實施期間仍設籍本縣者。

3、符合上述資格者，經牙科醫師評估需裝置全口活動假牙者。

4、裝置態樣包含全口活動假牙(上顎及下顎健康牙齒各存3顆(含)以內)或單上顎全口活動假牙(健康牙齒存3顆(含)以內)或單下顎全口活動假牙(健康牙齒存3顆(含)以內)。

(二)同一部位補助，每人終身以一次為限，請遵循醫師診治牙齒，讓口腔達最佳狀態再申請補助，讓假牙使用更長久。

(三)以下資格者，不適用本計畫：

1、列冊低收入戶、中低收入戶。

2、領有中低收入老人生活津貼。

3、領有身心障礙者生活補助費。

4、經本府全額補助收容安置。

5、經本府補助身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用達百分之五十以上。

(四)如有殘根需要拔牙或治療牙周病，建議遵照醫師治療計畫及牙齒的復原狀況，等治癒後再申請補助。

#### 四、申辦作業流程：

(一)申請人應持身分證及私章向村（里）幹事或戶籍所在地公所透過「跨機關整合系統」線上申請，並填具申請表。

(二)申請人檢具申請表至口腔篩檢契約醫療院所，由其擬訂診治計畫書及口腔篩檢表並將申請人相關文件(申請表(含身分證影本)、診治計畫書、口腔篩檢表、裝置前照片)送審核篩檢服務提供單位審核。

(三)經本府委託審查單位初審通過轉送本府複審後，由本府發核定函予申請人並同時副知契約醫療院所、委託審查單位、始可進行活動假牙之製作與裝置。(本計畫外之其他診療項目以健保方式處理者，請逕向健保局申請費用，診療時機請自行規劃提早治療，以免耽誤後續之假牙裝置。)

(四)申請人持核定函向裝置假牙契約醫療院所進行假牙之製作與裝置。

(五)裝置假牙契約醫療院所向本府申請補助費用(請於裝妥診治完成後一個月內儘速提出申請)，申請文件以雙掛號郵寄或逕送本府請款。

(六)本府審查通過後核撥補助款。

#### 五、裝置假牙類別及補助金額如下表：

裝置假牙類別	補助金額 (新臺幣)
上、下顎全口活動假牙	4萬元
單上顎全口活動假牙	2萬元
單下顎全口活動假牙	2萬元

申請人完成活動假牙裝置後，申請人免先墊付核定之款項，該款項由主辦

單位逕撥付就診之醫療院所。

#### 六、服務提供單位：

- (一)口腔篩檢服務：由本府結合或委託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)審核篩檢服務：由本府結合或委託之公辦公營之公立醫院、衛生署評鑑合格地區級以上醫院或專業民間團體。
- (三)裝置假牙服務：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。

#### 七、審核篩檢服務提供單位協助事項：

- (一)協助辦理本項計畫之宣導、訓練及審核申請人裝置假牙診治計畫書。
- (二)有醫療糾紛時召開醫療協調小組會議。

#### 八、醫療院所品質確保：

- (一)本計畫必要外的其他診療項目，得以健保方式處理，由契約牙科醫療院所逕向健保局申請費用，其診療時機請以專業自行規劃，並與長者充分說明討論後，先進行治療，以免影響後續之假牙進度（建議於本計畫假牙裝置申請前完成相關診治作業後再提出申請。），惟醫療院所不得另立名目收取與本計畫假牙無關之費用。
- (二)契約醫療院所之服務項目，應包含本計畫假牙製作、裝戴及假牙裝置完成日後1年內之免費調整服務（如因退出，契約終止，仍須保固1年），以保障服務品質，但如需修補者，應由應診者自行負擔。
- (三)申請人如遇傷病、死亡等因素，致無法繼續完成裝置假牙，將按活動假牙製作階段支付醫療院所相當比率補助經費：活動假牙取模階段補助總價三分之一，活動假牙裝戴階段補助總價三分之二，活動假牙完成階段全額補助。
- (四)申請人如因個人因素終止假牙裝置或欲轉至其他醫療院所處理假牙裝置

時，由原負責醫療院所提出說明後，並填寫轉案申請書，函送本府協助轉介至其他契約醫療院所，原負責醫療院所若已進入作業流程產生之相關費用則依前款的標準辦理請款，剩餘補助金額由後續負責牙科醫療院所提出案件申請核准並完成個案假牙裝置後，再行申請款項補助，不足補助金額部分由申請人自行負擔

(五)申請人因個人因素申請終止假牙裝置或轉至其他醫療院所，其申請上限1次為限，且需重新提出申請。

(六)若有契約醫療院所不願繼續辦理本計畫案，或中途歇業、停業及醫師異動等，均應以「書面」聲明退出特約資格，並將聲明書（請蓋醫療院所章及負責醫師章）郵寄或親送至本府（社會處）為憑。

#### 九、其他應注意事項：

(一)補助對象或醫療院所有填報不實、隱匿事實、溢領補助或違反相關法令情事者，其所領取之補助應依法返還，涉及刑責者移送司法機關辦理。

(二)本府於資料庫中抽取完成案件進行不定期電話調查，以瞭解本計畫成效及契約醫療院所之服務品質。

(三)針對裝置完成但不滿意之長者，進行進一步的關懷與衛教，以保障長者口腔衛生並延長假牙使用之年限。

十、預期效益：補助本縣65歲以上老人裝置活動假牙，促進口腔衛生保健，恢復牙齒咀嚼功能，提升生活品質。

十一、本計畫所需經費由本府編列相關預算支應，申請期程於每年3月1日起至9月30日止接受民眾申請案件，但該年度經費用罄則提前停止收案。

十二、本計畫辦理期間，自中華民國112年1月1日起至112年12月31日。113年度起視財政狀況辦理。

十三、本計畫得依實際執行情況，簽奉核准後修正之。