

# 中低收入老人補助裝置假牙實施計畫(110~113年)(核定本)

中華民國 110 年 2 月 23 日核定

## 一、計畫緣起：

有鑑於假牙係屬健保不給付項目，中低收入老人因經濟狀況不佳無力負擔假牙費用如維持缺牙，恐影響營養攝取，增加罹患慢性疾病的風險。基此，衛生福利部(以下稱本部)自 98 年度編列預算補助各直轄市、縣(市)政府辦理中低收入老人裝置假牙實施計畫(以下稱本計畫)，並依老人需求提供 8 種不同補助樣態，累計 98 年至 109 年 11 月共服務 6 萬 6,318 人。由歷年中央對直轄市、縣(市)政府執行社會福利績效考核、地方政府委託或自辦滿意度調查，均可看到假牙補助在整體老人福利的重要性持續增加；又依本部國民健康署 105 年「國民健康訪問調查」顯示，我國老人全口無牙率達 20.5%，平均自然齒數亦未達標準，且經濟狀況越不足者缺牙率越高，顯示我國老人尚有裝置假牙需求。考量我國老人人口持續增加，為應各直轄市、縣(市)政府賡續推動補助經濟弱勢老人裝置假牙，保障弱勢老人口腔健康，爰賡續辦理本計畫。

二、目的：為維護老人生活品質，增進老人口腔健康，加強老人生活照顧，減輕老人經濟負擔。

三、辦理機關：在中央為本部；在直轄市為直轄市政府；在縣(市)為縣(市)政府。

四、服務對象及資格限制：

(一) 年滿六十五歲以上或年滿五十五歲以上原住民，經醫師評估缺牙需裝置活動假牙，並符合下列條件之一者：

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. 經各級政府全額補助收容安置。
5. 經各級政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。

(二) 服務對象同一類已取得相同補助項目者，須於滿五年以上，經評估有重新裝置必要，始得重新提出申請。但假牙維修費不在此限。

五、申請程序：申請補助裝置假牙者，應向戶籍所在地之直轄市、縣（市）政府提出申請。

六、補助態樣及裝置假牙類別：

- (一) 上下顎活動假牙。
- (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) 活動假牙維修費。

七、補助基準：如附表一、二。

八、服務提供單位：

- (一) 口腔篩檢服務：直轄市、縣（市）政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) 審核篩檢服務由下列單位提供：
  - 1. 直轄市、縣（市）政府。
  - 2. 直轄市、縣（市）政府結合或委託之公辦公營之公立醫院、本部評鑑合格地區級以上醫院或專業民間單位。
- (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。

九、直轄市、縣（市）政府應配合辦理事項：

- (一) 配合編列經費：各縣市政府所需配合之經費詳如附表三。
- (二) 提報補助計畫時，應提出計畫總說明，內容至少應包含轄內需求情形、辦理方式（包含申請程序、補助類別、單價及數量、補助對象優先順序、指定特約醫療院所方式或委託辦理情形概述）、品質監督及調處機制、經費概算及預期服務效益。
- (三) 於年度開始前二個月，提報補助計畫函報本部社會及家庭署（以下稱本部社家署）；有關補助經費之財務處理、監督及考核等相關事項，應參照本部社家署推展社會福利補助作業要點規定辦理。
- (四) 直轄市、縣(市)政府得於本計畫補助範圍內，依財政狀況，視個案實際需要優先予以補助。
- (五) 成立調處機制，以協調處理老人申請或裝置假牙所涉爭議情事。

- (六) 直轄市、縣(市)政府與服務提供單位簽訂之合作契約書，應包含申請人如遇傷病、死亡等因素，致無法繼續完成裝置活動假牙，直轄市、縣(市)政府得按假牙製作階段支付服務提供單位相當比率補助經費之相關規定。
- (七) 於每年四月三十日、七月三十一日及十月三十一日前，依附表四格式，將每年一月至三月、一月至六月及一月至九月辦理情形相關統計表及執行概況考核表彙送本部社家署彙辦。
- (八) 應定期辦理滿意度調查，以瞭解服務對象接受補助裝置假牙後滿意情形。
- (九) 配合宣導老人口腔保健政策，並適時辦理老人口腔衛生教育宣導。

十、其他應注意事項：

- (一) 裝置假牙服務提供單位服務提供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。
- (二) 辦理審核篩檢服務相關人員，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。
- (三) 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、縣（市）政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。

十一、預期效益：補助低收入戶、中低收入戶及中低收入老人裝置假牙，保障老人健康權益，增進老人福利。

十二、本計畫所需經費，由本部社家署及直轄市、縣（市）政府相關經費項下支應。本部社家署補助經費，視立法院審議通過之預算辦理。

十三、本計畫實施期間，自中華民國一百十年一月一日起至一百十三年十二月三十一日止。

## 補助基準

編號	補助態樣	裝置假牙類別	最高補助金額/ 新臺幣
1	上下顎全口活動假牙	上、下顎全口假牙	4萬4,000元
2	上顎全口活動假牙	單上顎全口假牙	2萬2,000元
3	下顎全口活動假牙	單下顎全口假牙	2萬2,000元
4	上顎全口活動假牙，併下 顎部分活動假牙	單上顎假牙併下顎活動假 牙	3萬9,000元
5	下顎全口活動假牙，併上 顎部分活動假牙	單下顎假牙併上顎活動假 牙	3萬9,000元
6	上、下顎部分活動假牙	上、下顎部分活動假牙	3萬3,000元
7	上顎部分活動假牙	上顎部分活動假牙	1萬7,000元
8	下顎部分活動假牙	下顎部分活動假牙	1萬7,000元
9	活動假牙維修費	如附表二	6,600元

備註：因應消費者物價指數(CPI)提升，98至108年之漲幅為10.93%，爰將補助金額調高10%。

附表二

編號	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	

附表三

110-113 年度各縣市政府辦理「中低收入老人補助裝置假牙實施計畫」自籌經費比率表				
財力等級	110 年度	111 年度	112 年度	113 年度
第一級	100%	100%	100%	100%
第二級	55%	58%	61%	65%
第三級	45%	48%	51%	54%
第四級	35%	37%	39%	42%
第五級	25%	26%	28%	30%



○○直轄市、縣（市）政府辦理中低收入老人補助裝置假牙計畫成果表

統計時間：自 年 月 日至 年 月 日止

1、補助裝置假牙人數 男\_\_\_\_\_ 女\_\_\_\_\_，其中原住民 55-64 歲男\_\_\_\_\_ 原住民 55-64 歲女\_\_\_\_\_ 補助金額\_\_\_\_\_元

原住民 65 歲以上男\_\_\_\_\_ 原住民 65 歲以上女\_\_\_\_\_ 補助金額\_\_\_\_\_元

假牙裝置類別	補助人數												補助金額(元)	
	列冊低收入戶		列冊中低收入戶		領有中低收入老人生活津貼		領有身心障礙者生活補助		經各級政府全額補助收容安置		經各級政府補助身心障礙者日間照顧及住宿式費用達百分之五十以上			
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女		
上下顎全口活動假牙														
上顎全口活動假牙														
下顎全口活動假牙														
上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙														
下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙														

假牙裝置類別	補助人數												補助金額(元)	
	列冊低收入戶		列冊中低收入戶		領有中低收入老人生活津貼		領有身心障礙者生活補助		經各級政府全額補助收容安置		經各級政府補助身心障礙者日間照顧及住宿式費用達百分之五十以上			
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女		
上、下顎部分活動假牙														
上顎部分活動假牙														
下顎部分活動假牙														
合計														

2、補助假牙維修人次 男\_\_\_\_\_ 女\_\_\_\_\_，其中原住民 55-64 歲男\_\_\_\_\_原住民 55-64 歲女\_\_\_\_\_ 補助金額\_\_\_\_\_元  
 原住民 65 歲以上男\_\_\_\_\_原住民 65 歲以上女\_\_\_\_\_ 補助金額\_\_\_\_\_元

維修項目	補助人次												補助金額(元)
	列冊低收入戶		列冊中低收入戶		領有中低收入老人生活津貼		領有身心障礙者生活補助		經各級政府全額補助收容安置		經各級政府補助身心障礙者日間照顧及住宿式費用達百分之五十以上		
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	
假牙破裂維修費/單顎													
假牙添加費/單顎													
線勾/個													
硬式襯底/座													

3、特約裝置假牙醫療院所：

- (1) 醫學中心\_\_\_\_\_家
- (2) 區域醫院\_\_\_\_\_家
- (3) 地區醫院\_\_\_\_\_家
- (4) 特約診所\_\_\_\_\_家

填報單位：

承辦人：

業務主管：

連絡電話：