

臺南市 114 年度
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

臺南市政府衛生局

中華民國 113 年 10 月 9 日

目 錄

一、 前言及背景	1
二、 計畫目的	2
三、 指導單位、主辦單位及協辦單位	3
四、 實施對象	3
五、 補助金額	3
六、 實施期程	4
七、 現況分析與實施方法	4
八、 計畫行銷與人員訓練	7
九、 醫療院所申請說明與品質確保	8
十、 資料檢核	10
十一、 成效評估與滿意度調查	11
十二、 其他	11
十三、 進度表	12
附件 1	13
附件 1-1	14
附件 2	15
附件 3	16
附件 4	17
附件 4-1	18
附件 5	19
附件 6	21
附件 7	22
附件 8	23
附件 9	24

一、前言及背景

隨著年齡的增加，牙科疾病及缺牙等問題是不可避免的結果，人口結構的改變，老年人口所占的比例越來越高，使人口老化成為全球性的現象，連帶地也更凸顯老人的牙科疾病及缺牙等問題。正確的口腔衛生照護及醫療保健行為，將能有效減少或避免這些問題的發生。

老人的口腔問題包含口腔組織的老化、牙周病的惡化、牙根齲齒的增加、牙齒的喪失、老人特有的口腔黏膜疾病、口腔癌、義齒的適應問題及系統性疾病（糖尿病）所造成口腔組織的變化及口腔疾病的發生等，在實證資料顯示口腔健康較佳的長者，會有較好的生活品質，也會因外貌的改變而影響社交生活，而缺牙數較少，可充分咀嚼食物的長者，其生活品質及活動能力高，運動、視覺及聽覺機能也較佳。

世界衛生組織 (WHO) 在 1982 年定義：能具有一般性健康及功能的齒列，最少為 20 顆自然齒。近年來大規模抽樣調查結果，也支持世界衛生組織 (WHO) 的 20 顆自然齒的健康定義概念。自然齒顆數愈多的人，所能食用的食物範圍愈大，所攝取的各種營養成分愈多，血液中所測得的營養成分濃度愈高，其中尤以擁有 20 顆以上自然齒的人為最佳。

然而依行政院衛生署國民健康局 2006 年「台灣地區 45 歲以上人口口腔狀態變化狀況研究」(如附件 1)，本市長者全口無牙之比率約為 37.2%，遠超過全國平均的 21.5%，因此為打造樂活高齡友善城市之願景，本市於民國(以下同)100 年 6 月 16 日開始啟動「臺南市 65 歲以上長者免費裝置全口活動假牙」服務，開始為本市長者提供服務。

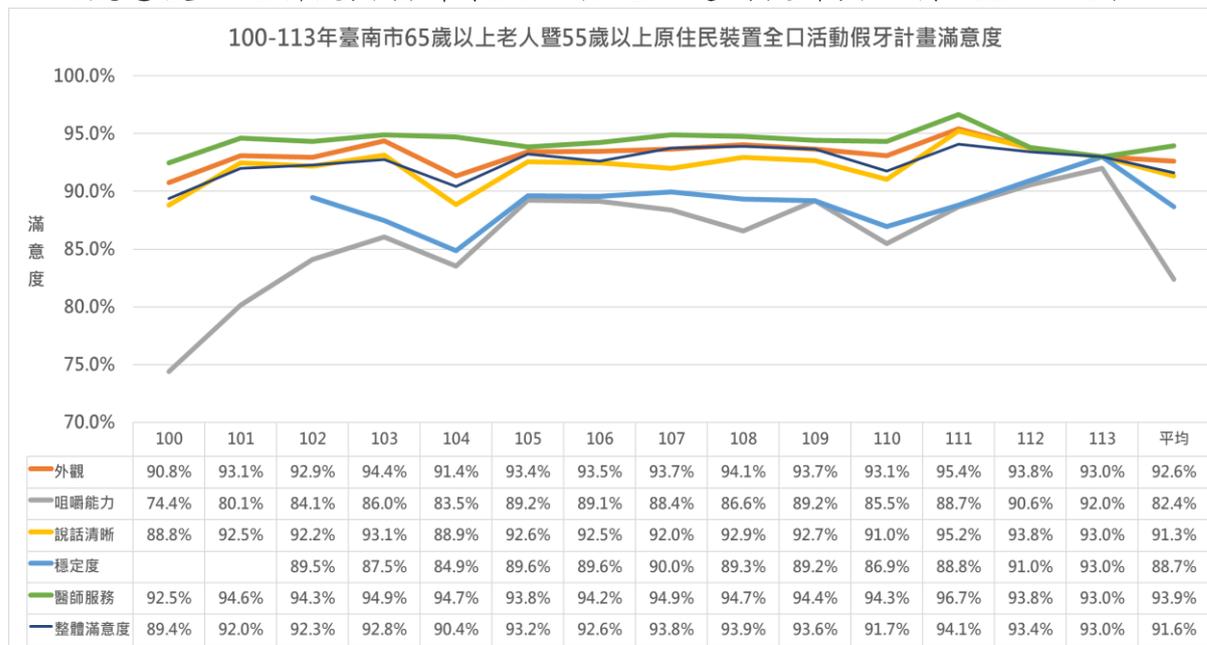
截至 113 年 7 月本市 65 歲以上長者已達 357,414 人，而截至 113 年 8 月 31 日止，本市已有 92,373 件提出申請，目前已完成 87,055 餘案。另依 113 年 7 月本市人口資料及 103 年臺南市政府衛生局(以下簡稱本府衛生局)自行辦理之「臺南市 65 歲以上長者全口無牙率調查」(如附件 1-1)，本市 114 年 65 歲以上符合條件需裝置全口活動假牙長者，上顎及下顎推估仍約有 62,411 人及 81,656 人左右(依本市人口資料推估本市長者符合上顎及下顎全口活動假牙人數分別約 122,200 人及 140,607 人，扣除 100 年-113 年 8 月已完成裝置或裝置中共 58,363 案(扣除死亡個案，其中上顎裝置 45,438 案，下顎裝置 42,438 案)及約 18.1%已有自費之全口活動假牙比率，上顎及下顎需求人數仍有 54,644 人及 72,719 人，加上 114 年預計新增加之 65 歲長者人數約有 28,140 人【以 112 年底死亡率約 9.65‰、自然增加率約-4.62‰計，113 年 7 月 64 歲人口數 28,140 人*《1-9.64‰-4.62‰》=27,738 人】，再以上顎 34.19%及下顎 39.34%需求率並扣除 18.1%自費後，推算上顎及下顎需求人數分別約有 7,767 人及 8,937 人，故合計 114 年上顎及下顎需求約有 62,411 人及 81,656 人)需裝置全口活動假牙，為能使本市長者能保有健康的生活品質，更加需將此計畫持續推動辦理，使本市長者能利用人生的第三副牙齒恢復咀嚼功能，增進食物養分吸收，亦可減少腸胃的負擔和經濟壓力的重擔。

另依 108 年臺灣地區全體國民與原住民平均餘命統計：全體國民平均

餘命為 80.86 歲，原住民平均餘命則為 73.10 歲，相差達 7.76 歲；且依衛生福利部國民健康署「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」之規定，成人預防保健「健康加值」方案中，五十五歲以上原住民等同六十五歲以上國民，每年補助一次免費檢查，本市考量平均餘命與中央相關規定，落實照護原住民市民，故放寬原住民申請標準至 55 歲以上。

此外，本市考量長者實際生活經濟壓力與社會觀感，並參考中央及地方社福相關規定，於 110 年度起訂定排富標準，114 年度申請長者如 112 年度個人綜合所得稅稅率在 20% 以上者(如為被扶養者，依扶養者申報稅率計算)，不再受理其申請，以照護實際需求長者。

本市於 100 年-113 年度進行全面性普查(112 年-113 年持續調查中)，其中對假牙滿意度分析結果顯示，本市長者對本計畫整體滿意度平均高達 90% 以上，在新假牙的使用率(不含新舊假牙交替使用)亦達 8 成以上，可見本計畫對長者的影響深遠並獲長者支持，其中咀嚼能力滿意度也由 74 % 左右至 113 年提升至 90% 以上，顯示除歷年計畫的調整與修正外，加上假牙裝置完成後之衛教及照護服務，提升長者對假牙裝置使用與保養上認知及觀念後，逐漸使其發揮最大之功能，達到提升其經濟效益之效果。



針對 65 歲以上長者口腔生活品質情況，本市亦進行了大規模的調查，並了解有全口活動假牙需求長者與一般長者其口腔生活品質相差達 2 倍以上，而追蹤至半年及 1 年後，其口腔健康相關生活品質更已恢復至與一般長者相當，而監測營養相關指標亦可穩定維持達 3 年以上，更顯示需求長者在全口活動假牙贖復治療後對其生活品質之改善，而裝置後的生理評估及就醫改善，則是未來所需追蹤與討論。

二、計畫目的

為恢復本市長者咀嚼功能、強化消化系統、確保健康機能，減輕市民經濟負擔，免費為本市 65 歲以上老人暨 55 歲以上原住民裝置假牙，使本市之長者能有更健康的老年生活。

三、指導單位、主辦單位及協辦單位

指導單位：臺南市政府。

主辦單位：臺南市政府衛生局。

協辦單位：臺南市各區衛生所、臺南市各區公所、社團法人臺南市牙醫師公會(以下簡稱本市牙醫師公會)及其會員、臺南市轄區內全民健康保險特約之公私立牙科醫療院所。

業務聯絡窗口：東興辦公室：06-6357716#250 黃琬淇科長

林森辦公室：06-2679751#252 蘇筱婷股長

東興辦公室：06-6357716#257 鄧嘉仁約聘人員

東興辦公室：06-6357716#242 洪宜均約用人員

東興辦公室：06-6357716#240 王淑真約用人員

四、實施對象

- (一) 設籍於臺南市(111年12月25日以前設籍於本市，且持續在籍者)且於49年12月31日以前出生，並經本市合約牙科醫療院所牙科醫師評估需裝假牙者。
- (二) 設籍於臺南市(111年12月25日以前設籍於本市，且持續在籍者)且於59年12月31日以前出生之原住民(需檢附戶籍謄本影本)，並經本市合約牙科醫療院所牙科醫師評估需裝假牙者。
- (三) 裝置態樣包含全口活動假牙(上顎及下顎健康牙齒【含智齒】各存3顆以內)或上顎活動假牙(健康牙齒【含智齒】存3顆以內)或下顎活動假牙(健康牙齒【含智齒】存3顆以內)或其他有特殊情況以專案方式處理。
- (四) 補助者之限制：
 1. 每人每顎僅補助一次。
 2. 已申請「衛生福利部中低收入戶老人補助假牙實施計畫」或「臺南市政府110-114年度辦理原住民族長者裝置假牙實施計畫」並經補助者，5年內不予重複補助。
 3. 申請者綜合所得稅稅率未滿20%者(以112年度為綜合所得淨額未滿新臺幣1,260,001元者)，如為被扶養者，依扶養者申報稅率計算。
- (五) 114年度預計新裝置3,500人，其中1,000名以低收或中低收入戶為優先名額，低收或中低收入戶補助優先使用中央補助款及其核定額度支應，如有不足則依本計畫一般市民核定款項支應，並依長者需求及補助現況調整補助人數。

五、補助金額

- (一) 114年由本府衛生局編列公務預算共計新臺幣1億480萬元。
- (二) 裝置額度為每人每顎上限新臺幣2萬2,000元，全口雙顎上限為新臺幣4萬4,000元(相關補助額度如第七點第二項第六款說明)，如有特殊個案則專案處理。

(三) 本府衛生局依臺南市政府對民間團體及個人補(捐)助預算執行應注意事項及政府資訊公開法規定，每季公開補助金額等資訊於網際網路。

六、 實施期程：114 年 1 月 1 日起至 114 年 12 月 31 日。

七、 現況分析與實施方法

(一) 現況分析

1. 本市牙科醫療院所分布極為不均，113 年度本市各區牙科醫療院所分布情形如附表一，山上區、南化區、左鎮區、龍崎區 4 區當地無牙科醫療院所，其中 3 區(南化區、左鎮區、龍崎區)，由本府衛生局購置牙科器械，並訂定「臺南市政府衛生局六十五歲以上老人暨五十五歲以上原住民免費裝置全口活動假牙偏遠地區支援駐診牙醫師支援規定」(如附件 2)，由本府衛生局及本市牙醫師公會協調徵得牙醫師，負責該些地區個案假牙製作之完整療程及後續調整服務，目前則視當地需求協請本市牙醫師公會協助配合支援，但山上區仍無牙科醫療院所，東山區、大內區、安定區及關廟區無牙科醫療院所加入合約牙科醫療院所(以下簡稱合約醫療院所)，故仍需藉由本市牙醫師公會繼續鼓勵當地牙科醫療院所協助計畫推動，以提供轄區長者可近性之服務。

附表一 臺南市各區牙科醫療院所數統計

區別	牙科醫療院所數	合約院所數	區別	牙科醫療院所數	合約院所數
臺南市新營區	31	9	臺南市新市區	10	3
臺南市鹽水區	4	3	臺南市安定區	1	0
臺南市白河區	6	3	臺南市山上區	0	0
臺南市麻豆區	7	3	臺南市玉井區	2	2
臺南市佳里區	15	5	臺南市楠西區	1	1
臺南市新化區	8	4	臺南市南化區	0	1(所)
臺南市善化區	12	4	臺南市左鎮區	0	1(所)
臺南市學甲區	4	1	臺南市仁德區	12	2
臺南市柳營區	1	1	臺南市歸仁區	15	8
臺南市後壁區	2	0	臺南市關廟區	3	0
臺南市東山區	1	0	臺南市龍崎區	0	1(所)
臺南市下營區	3	1	臺南市永康區	75	21
臺南市六甲區	2	2	臺南市東區	111	26
臺南市官田區	3	0	臺南市南區	37	10
臺南市大內區	1	0	臺南市中西區	60	28
臺南市西港區	3	1	臺南市北區	61	15
臺南市七股區	1	1	臺南市安南區	31	8
臺南市將軍區	1	1	臺南市安平區	23	4
臺南市北門區	1	1	總計	548	168(3)

註 1：目前有 4 個區無牙科醫療院所(標記黃色)，3 區不定時由牙醫師駐診協助)、8 個區只有 1 間(標

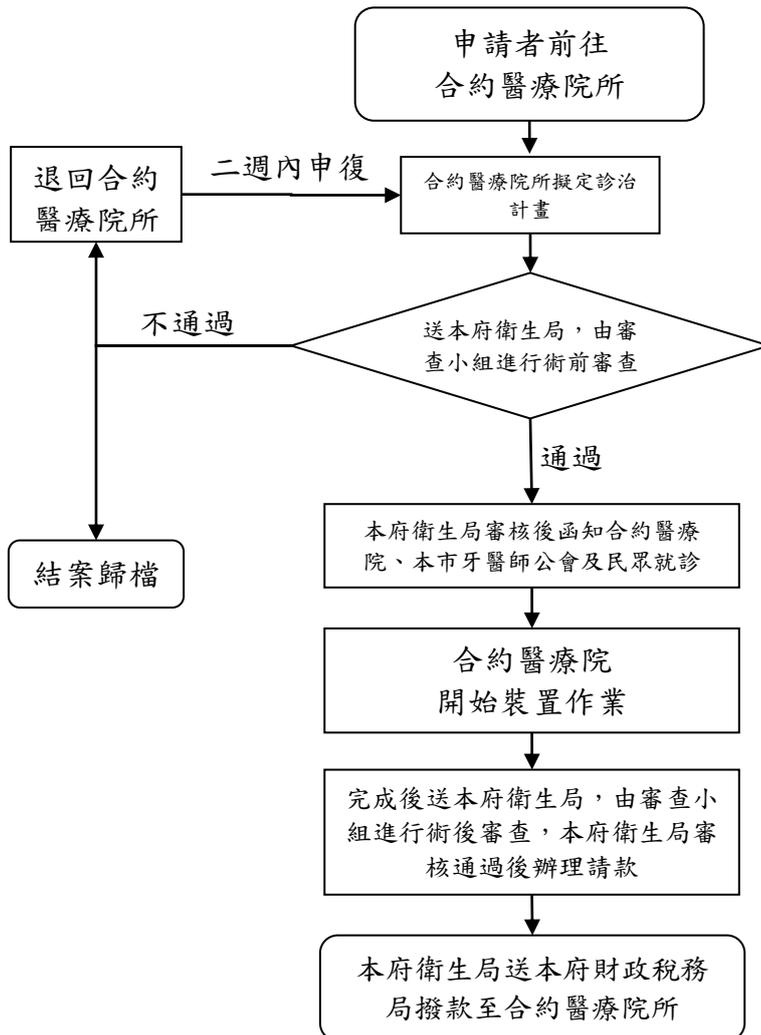
記錄色)。

註2：資料統計至113年8月份。

- 為維護服務品質與考量牙醫師之工作量，將視合約醫療院所實際工作情況，調整或限制每月份之案件數，暫定每位牙醫師每月申請案件上限以不超過5案為限，年度滿意度調查低於平均值加2個標準差者，每位牙醫師每月申請案件上限以不超過2案為限，合約醫療院所數較少之偏遠地區則由牙醫師依當地民眾所需及本身所能承受之數量申請增額服務(如附件3)，並由臺南市政府衛生局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審查小組(以下簡稱審查小組)審查通過後，提供民眾服務，以確保假牙裝置品質。

(二) 實施方法

- 作業流程：符合資格之民眾持健保卡、身分證逕向本市合約醫療院所提出申請，經合約醫療院所牙醫師評估後，提出診治計畫送本府衛生局審核，通過後，由本府衛生局函知合約醫療院所、本市牙醫師公會及民眾進行診療，完成後，合約醫療院所再提出相關資料送本府衛生局進行術後審核，審核通過後，則由本府衛生局撥款至合約醫療院所。其作業流程圖如下：



2. 申請期程：

- (1) 自 114 年 1 月 1 日至 114 年 12 月 10 日接受民眾至合約醫療院所申請，114 年 12 月 11 日以後之申請案件，則併入 115 年申請案件審核，但如因經費用罄則將提前停止收案。
- (2) 合約醫療院所將民眾申請案件(診治計畫書等相關文件)擬妥後，儘速送至本府衛生局審核。
- (3) 本府衛生局於本計畫開始執行後，每週召開審查小組會議審核申請案件，並視申請案件數量增開審查小組會議。

3. 核銷期程：

- (1) 自 114 年 1 月 1 日至 114 年 12 月 31 日均接受合約醫療院所辦理核銷，114 年 12 月份核銷案件如於 31 日以前無法完成，則以辦理保留款方式於 115 年核銷。
- (2) 合約醫療院所完成診治後，儘速將核銷案件(診治計畫書等相關文件)送至本府衛生局審核。
- (3) 本府衛生局於召開審查小組會議時，一併審核核銷案件。
- (4) 合約醫療院所核銷案件若經本府衛生局通知限期改正並送回辦理核銷而未送回，且未述明原因者，本府衛生局將逕行取消申請不予撥款。

4. 成立「臺南市政府衛生局 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審查小組」，其組成與任務權責說明如下：

◎組成：

- (1) 審查小組由本府衛生局、本市牙醫師公會及相關專業醫事人員共同組成，本屆成員任期自 113 年 1 月 1 日至 115 年 12 月 31 日，本府衛生局人員負責行政作業資格審核，本市牙醫師公會及相關專業醫事人員負責專業審核。
- (2) 審查小組委員：由本府衛生局(國民健康科)協調本市牙醫師公會提供建議名單，由本府衛生局長圈選後共同組成。

◎任務權責：

- (1) 審查小組會議：計畫開始執行後，每週由本府衛生局召開審查小組會議，審查合約醫療院所之裝置假牙診治計畫申請、核銷案件與其相關文件等，並視申請案件數量增、減召開審查小組會議。
- (2) 衛生人員口腔衛生及假牙裝置照顧教育訓練之辦理：由審查小組協調本市牙醫師公會協助執行。
- (3) 本府衛生局人員所擔任審查小組工作為無給職，其他成員則依規定支付出席費及交通費。
- (4) 審查小組應本於專業及良知，公正執行職務，不為及不受任何請託或關說。
- (5) 審查小組參與審核案件之相關人員，有下列各款情形之一者，應予迴避：

- A. 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。
 - B. 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。
 - C. 現為或曾為該案件當事人之代理人、輔佐人者。
 - D. 於該案件，曾為證人、鑑定人者。
5. 設置「臺南市政府衛生局 65 歲以上老人免費裝置全口活動假牙計畫審議小組」(以下簡稱審議小組)，本屆成員任期自 114 年 1 月 1 日至 115 年 12 月 31 日止，負責本計畫期間有關假牙製作或醫療等爭議事件時之案件處理、其他衍生之相關爭議事項之調處，審議小組委員之組成依臺南市政府衛生局六十五歲以上老人免費裝置全口活動假牙計畫審議小組設置要點規定辦理，審議小組委員需儘量與審查小組成員不同，且如有下列各款情形之一者，並應予迴避：
- (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) 現為或曾為該案件當事人之代理人、輔佐人者。
 - (4) 於該案件，曾為證人、鑑定人者。

6. 裝置態樣與裝置假牙之費用：

裝置態樣	裝置假牙類別	裝置假牙之費用(新臺幣)
全口活動假牙	上、下顎假牙	上限 4 萬 4 千元
上顎活動假牙	上顎假牙	上限 2 萬 2 千元
下顎活動假牙	下顎假牙	上限 2 萬 2 千元

7. 辦理醫療院所聯繫會：

針對相關作業流程與合約簽訂方式辦理聯繫會議，廣為邀請本市轄區內各牙科醫療院所參與，並鼓勵簽訂合約加入服務行列，本計畫執行中則視情形需要召開相關之聯繫會議。

8. 假牙裝置服務單位資格：

本市轄區內之牙科醫療院所、醫院（有附牙醫科）及有牙醫師駐診之衛生所，且為全民健康保險特約之公私立醫療院所，經與本府衛生局簽訂合約者，始為假牙裝置服務單位。

八、計畫行銷與人員訓練

◎計畫行銷：

- (一) 製作相關宣傳海報，張貼於本市各區公所、衛生所、醫療院所及合適之公眾場所。
- (二) 製作相關宣導單張，放置於本市各區公所、衛生所、醫療院所及合適之公眾場所供民眾索取。
- (三) 製作布條供合約醫療院所懸掛，以利民眾識別假牙裝置服務單位。

(四) 藉由新聞稿發布或跑馬燈或委託廣告等方式，周知市民能獲得最新之計畫資訊。

◎人員訓練：

(一) 結合本市牙醫師公會辦理口腔衛生及假牙裝置照顧之教育訓練，提高本府衛生局、本市各區衛生所人員專業知識，以提供民眾諮詢服務之可近性。

(二) 由本市各區衛生所同仁負責協助假牙裝置完成後之個案衛教及訪視關懷，以增進正確假牙使用率與滿意度。

九、 合約醫療院所申請說明與品質確保

為保障醫病關係及民眾之權益與假牙品質，合約醫療院所之案件申請與結案均應依下列方式進行：

(一) 合約醫療院所受理申請案時，與申請人核對身分後，檢具下列文件以掛號郵寄或親送至本府衛生局(國民健康科)(註明假牙申請案)，由本府衛生局召開審查小組會議，進行術前審核：

1. 診治計畫書及診斷書(如附件4)、相片審查黏貼表(如附件4-1)。
2. 補助對象之身分證(影本)，並註明申請免費裝置假牙用。

(二) 審查小組審查通過後，由本府衛生局核定，本府衛生局以公文通知合約醫療院所、本市牙醫師公會及民眾就診，合約醫療院所接獲核准公文後，始可進行假牙之製作與裝置。

(三) 本計畫必要外的其他診療項目，得以健保方式處理，由合約醫療院所逕向衛生福利部中央健康保險署申請費用，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裝置進度，惟合約醫療院所不得另立名目收取與本計畫假牙製作無關之費用。

(四) 假牙裝妥且診治完成，合約醫療院所應檢具下列文件逕送本府衛生局，由審查小組完成術後審查，由本府衛生局審核通過後辦理撥款事宜：

1. 本府衛生局核定之診治計畫書及診斷書正本、相片審查黏貼表。
2. 書面佐證照片(如附件5)有遺漏者，請填立切結書，每年最高以3件計，超過3件者則審查小組將決議不予給付或部分給付。
3. 撥款申請書(如附件6)請於假牙裝妥且診治完成後半年內提出，如遇特殊個案，請另以書面提出申請延長半年，並以1次為限。
4. 請款收據(如附件7)。

(五) 合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(依附件4診治計畫書及診斷書上所示合約醫療院所實際完成日為起算日)起1年之免費調整等保固服務(如於該1年期間內，合約醫療院所與本府衛生局所簽訂之合約到期或契約經終止或解除，該醫療院所仍應履行該1年期間之免費調整等保固服務)，以保障服務品質，但如需修補者，應由應診者自行負擔。

(六) 本計畫於假牙製作、裝戴期間之間診及裝置完成日起1年免費調整等

保固服務期間之調整等相關門診免收掛號費及其他費用；本計畫假牙裝置前、後之健保治療項目，包括根管治療、假牙填補、牙周治療等，則由合約醫療院所依規定逕向衛生福利部中央健康保險署申請費用（建議合約醫療院所於本計畫假牙裝置申請前先行完成相關診治作業後再提出本計畫假牙裝置申請）。

- (七) 合約醫療院所如遇申請人須進行治療但無健保時，需協助造冊轉知衛生福利部中央健康保險署南區業務組協助處理，並副知本府衛生局。
- (八) 申請人已於術中完成假牙蠟模或完成假牙製作，因遇傷病、死亡或個案人為因素，致無法繼續完成裝置活動假牙者，受理之合約醫療院所得檢附相關證明及申請人或申請人家屬提供之相關證明書，辦理請款事宜，本府衛生局得按假牙製作經費經審查小組審查後依規定補助相關費用。相關補助之金額標準如下：
 1. 牙齒骨架印模或數位式取模：最高給付單顎新臺幣 3,300 元。
 2. 完成蠟體製作(如有支台齒，需包含金屬支架，如無使用金屬支架，或使用之材質有其他專業考量，請於初審時詳細說明於診治計畫書中，並於術後檢附照片舉證)：最高給付單顎新臺幣 5,500 元。
 3. 完成排牙：最高給付單顎新臺幣 8,800 元。
 4. 活動假牙已製作完成：最高給付單顎新臺幣 13,200 元。
- (九) 如無使用金屬支架，或使用之材質有其他專業考量，請於初審時詳細說明於診治計畫書中。最後成品未依診治計畫書之說明製作者，扣減新臺幣 5,500 元以下之補助經費金額。
- (十) 申請人如因個人因素終止假牙裝置或欲轉至其他合約醫療院所處理假牙裝置時，由原負責醫療院所提出說明後，偕同本府衛生局協助轉介至其他合約醫療院所，原負責醫療院所若已進入作業流程產生之相關費用則依第九點第八項標準辦理請款，其他由後續負責醫療院所提出案件申請經核准並完成個案假牙裝置後，再行申請款項補助。
- (十一) 申請人因個人因素申請終止假牙裝置或轉至其他合約醫療院所，其申請上限以 1 次為限，且轉至其他醫療院所後需重新提出假牙裝置之申請。
- (十二) 合約醫療院所如有違反規定或詐領補助等相關情事，則依法移送處理。
- (十三) 有關本計畫假牙裝置所涉爭議情事，由「臺南市政府衛生局 65 歲以上老人免費裝置全口活動假牙計畫審議小組」處理，個案如經三次通知未出席審議會會議，亦未委託代理人到場、提出陳述書或無正當理由拒絕受領文書者，審議小組應就有關資料將審議結果作成紀錄報告書送本府衛生局辦理後續處理事宜。
- (十四) 若合約醫療院所不願繼續辦理本計畫案、歇業、停業或該醫療院所執行本計畫之牙醫師均離職或其他原因無法繼續執行本計畫，該醫療院所應以「書面」聲明退出合約資格，並將聲明書（請加蓋醫療院所印信及負責醫師章）郵寄或親送至本府衛生局為憑。如合約醫療院所執行本計畫之牙醫師有所異動但尚不影響該醫療院所辦理

本計畫者，該醫療院所應以「書面」通知本府衛生局執行本計畫之牙醫師異動情形，並將通知書(請加蓋醫療院所印信及負責醫師章)郵寄或親送至本府衛生局。

- (十五) 承上，若合約醫療院所歇業、停業或執行本計畫之牙醫師因健康因素無法繼續提供假牙裝置完成日起1年保固服務，則由本府衛生局轉介協力院所(如附件8)處理，處理方式及相關補助之金額標準如下：
1. 協力院所進行個案評估，並填寫評估表後送本府衛生局查核。
 2. 如經協力院所評估可協助個案保固服務，依所需提供之保固期間補助經費，在6個月以內者，每顎補助新臺幣3,300元，超過6個月者，每顎補助新臺幣5,500元，惟如經協力院所評估無法提供個案保固服務者，則送審議小組處理。
 3. 保固期間之計算，由原負責醫療院所診治計畫書及診斷書上所標示醫療院所實際完成假牙裝置日起1年，剩餘保固期間之起算日，則由協力院所評估表上之填表日期為準。
- (十六) 若合約醫療院所有新執行本計畫之牙醫師，該合約醫療院所應攜新任牙醫師證書及執業執照正影本(影本請加蓋醫療院所印信及負責醫師章)，至本府衛生局(國民健康科)或本市各區衛生所轉送本府衛生局(國民健康科)辦理備查，經本府衛生局(國民健康科)或本市各區衛生所核對無誤後，由本府衛生局(國民健康科)或本市各區衛生所於影本加蓋與正本相符合章。
- (十七) 為確保服務品質，經本府衛生局調查後，如牙醫師整體滿意度低於平均值加2個標準差以下或有違約、違法情事者，經審查小組審查，由本府衛生局先以函文告知改進或相關處理及進行輔導，經審查小組審查仍未見改善者，本府衛生局將減少每月核准件數或不與合約醫療院所續約；如整體滿意度低於平均值加3個標準差以下者，本府衛生局將不與合約醫療院所續約。
- (十八) 轉介協力院所：
合約醫療院所受理假牙裝置申請服務時，如該申請者條件經評估需協助時，可建議申請者至協力院所(如附件8)提出申請，合約醫療院所並通知本府衛生局及該協力院所。轉介協力院所承接轉介個案數不納入牙醫師收案數之限制。
- (十九) 合約醫療院所牙醫師應親自處理本計畫案件，除依本計畫轉介外，不得委託或轉由其他院所牙醫師或第三人處理，以維護服務品質。

十、 資料檢核

- (一) 由本府衛生局負責執行資料檢核。
- (二) 資格審核項目：
 1. 確認申請個案為111年12月25日以前設籍本市且持續在籍之市民。
 2. 確認申請個案年齡符合資格規定及未符合排富條款。

3. 確認申請之醫療院所具有合約資格。

- (三) 假牙裝置案件資料庫：由本府衛生局建置，包含合約醫療院所資料、已申請案件資料、低收入戶及中低收入戶資料、本府社會局已補助假牙裝置之低收入戶及中低收入戶名單、綜合所得分級名單等，以掌握及追蹤各案件之申請裝置進度、核銷進度與重複案件之剔除。

十一、 成效評估與滿意度調查

- (一) 本府衛生局於資料庫中抽取完成案進行電話調查，以瞭解本計畫成效及合約醫療院所之服務品質。
- (二) 本府衛生局針對合約醫療院所進行不定期之訪查、評估，瞭解合約醫療院所實際執行之情況，作為修正本計畫之依據。
- (三) 由本市各區衛生所公衛護理人員於各區辦理假牙裝置後續照護之衛教宣導，並針對假牙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。

十二、 本計畫得依實際執行情況，簽奉核准後修改之。

十三、進度表

月份 項目 進度	113 年 7-12 月	114 年 1 月	2 月	3 月	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月
籌備工作	——												
計畫擬訂	——												
說明會與 合約簽訂	——												
假牙申請與 裝置		——	——	——	——	——	——	——	——	——	——	——	——
案件審核		——	——	——	——	——	——	——	——	——	——	——	——
本市牙醫師 公會聯繫	——												
醫療院所聯 繫	——												
資料庫建置	——												
經費憑證 彙整	——												
成果彙整	——												

附件 1 台灣65歲以上中老年人全口無牙之盛行率

變項 縣市別	未加權			加權後			95%CI (lower - upper)
	無牙 樣本數	全部 個案數	無牙率	無牙 樣本數	全部 個案數	無牙率	
台灣地區	621	2857	21.7%	501	2335	21.5%	(19.8% - 23.1%)
台北縣	13 /	99	13.1%	35 /	280	12.5%	(8.6% - 16.4%)
宜蘭縣	32 /	148	21.6%	13 /	58	22.4%	(11.7% - 33.1%)
桃園縣	20 /	87	23.0%	33 /	154	21.4%	(14.9% - 27.9%)
新竹縣	24 /	92	26.1%	15 /	55	27.3%	(15.5% - 39.0%)
苗栗縣	18 /	160	11.3%	8 /	74	10.8%	(3.7% - 17.9%)
台中縣	14 /	110	12.7%	18 /	132	13.6%	(7.8% - 19.5%)
彰化縣	28 /	147	19.0%	32 /	153	20.9%	(14.5% - 27.4%)
南投縣	43 /	155	27.7%	19 /	70	27.1%	(16.7% - 37.6%)
雲林縣	34 /	161	21.1%	24 /	106	22.6%	(14.7% - 30.6%)
嘉義縣	49 /	186	26.3%	25 /	85	29.4%	(19.7% - 39.1%)
台南縣	55 /	144	38.2%	53 /	142	37.3%	(29.4% - 45.3%)
高雄縣	32 /	136	23.5%	28 /	123	22.8%	(15.4% - 30.2%)
屏東縣	37 /	137	27.0%	30 /	108	27.8%	(19.3% - 36.2%)
台東縣	25 /	120	20.8%	7 /	31	22.6%	(7.9% - 37.3%)
花蓮縣	27 /	140	19.3%	9 /	43	20.9%	(8.8% - 33.1%)
澎湖縣	24 /	96	25.0%	4 /	14	28.6%	(4.9% - 52.2%)
基隆市	17 /	100	17.0%	7 /	42	16.7%	(5.4% - 27.9%)
新竹市	14 /	72	19.4%	7 /	37	18.9%	(6.3% - 31.5%)
台中市	17 /	69	24.6%	23 /	80	28.8%	(18.8% - 38.7%)
嘉義市	13 /	96	13.5%	4 /	29	13.8%	(1.2% - 26.3%)
台南市	26 /	74	35.1%	26 /	70	37.1%	(25.8% - 48.5%)
台北市	30 /	169	17.8%	55 /	312	17.6%	(13.4% - 21.9%)
高雄市	29 /	159	18.2%	26 /	137	19.0%	(12.4% - 25.5%)

註：台東縣、花蓮縣、澎湖縣、基隆市、新竹市、嘉義市加權後的總樣本數少於50，故估計較為不準

附件 1-1

臺南市各區分組後缺牙粗率及一覽表，單位：百分比

組別	性別	65-74 歲	75 歲以上	全口無牙	調整後全口
		全口無牙粗率	全口無牙粗率	粗率	無牙率
1	男	7.03%	14.67%	10.14%	10.38%
	女	8.24%	14.98%	10.68%	11.10%
2	男	9.76%	23.61%	14.87%	16.23%
	女	4.61%	15.48%	8.47%	10.07%
3	男	5.66%	14.29%	8.64%	9.62%
	女	11.86%	21.28%	16.04%	16.74%
4	男	10.00%	33.33%	21.05%	20.62%
	女	14.29%	36.36%	24.00%	26.13%
5	男	19.35%	31.25%	23.40%	25.09%
	女	25.81%	45.45%	30.95%	36.19%
6	男	20.00%	66.67%	41.30%	43.64%
	女	16.67%	53.57%	34.48%	36.92%
總計		8.94%	20.29%	13.30%	16.21%

臺南市 65 歲以上長者全口活動假牙標準化需求率，單位：百分比

組別	性別	65-74 歲調整前		75 歲以上調整前		調整前分區		調整後分區	
		上顎需求粗率	下顎需求粗率	上顎需求粗率	下顎需求粗率	上顎需求粗率	下顎需求粗率	上顎需求粗率	下顎需求粗率
1	男	22.02%	19.57%	38.22%	39.11%	28.62%	27.54%	29.11%	28.13%
	女	18.96%	29.67%	38.16%	36.71%	25.92%	32.22%	27.10%	32.66%
2	男	28.46%	33.33%	45.83%	40.28%	34.87%	35.90%	36.57%	36.58%
	女	16.45%	28.29%	38.10%	48.81%	24.15%	35.59%	27.33%	38.61%
3	男	22.64%	26.42%	28.57%	46.43%	24.69%	33.33%	25.37%	35.61%
	女	28.81%	25.42%	38.30%	44.68%	33.02%	33.96%	33.73%	35.40%
4	男	10.00%	30.00%	55.56%	55.56%	31.58%	42.11%	30.73%	41.63%
	女	57.14%	42.86%	72.73%	63.64%	64.00%	52.00%	65.50%	54.00%
5	男	54.84%	51.61%	50.00%	68.75%	53.19%	57.45%	52.51%	59.88%
	女	32.26%	54.84%	45.45%	63.64%	35.71%	57.14%	39.23%	59.49%
6	男	52.00%	56.00%	66.67%	85.71%	58.70%	69.57%	59.43%	71.05%
	女	40.00%	46.67%	75.00%	89.29%	56.90%	67.24%	59.21%	70.06%
總計		23.87%	29.12%	41.77%	44.93%	30.74%	35.19%	34.19%	39.34%

- 分組說明：以臺南市地理位置及人口數進行分組，第 1 組為平原區且 65 歲以上人口數大於 1 萬人，第 2 組為平原區且 65 歲以上人口數未達 1 萬人，第 3 組為鄰海區且 65 歲以上人口數大於 4 千人，第 4 組為鄰海區且人口數未達 65 歲以上 4 千人，第 5 組為鄰山區且 65 歲以上人口數大於 2 千人，第 6 組為鄰山區且 65 歲以上人口數未達 2 千人，分組情形如下表：

組別	區別
第 1 組	中西區、北區、永康區、安南區、東區、南區
第 2 組	仁德區、官田區、後壁區、麻豆區、善化區、新化區、新市區、新營區、歸仁區
第 3 組	七股區、下營區、安平區、佳里區、鹽水區
第 4 組	北門區、安定區、西港區、將軍區、學甲區
第 5 組	六甲區、玉井區、白河區、東山區、柳營區、關廟區
第 6 組	大內區、山上區、左鎮區、南化區、楠西區、龍崎區

- 需求率：符合本市裝置上顎或下顎全口活動假牙之條件，表示該顎缺牙顆數大於等於 12 顆。

臺南市政府衛生局六十五歲以上老人暨五十五歲以上原住民免費裝置全口活動假牙計畫偏遠地區支援駐診牙醫師支援規定

- 一、本規定所稱偏遠地區支援駐診牙醫師（以下簡稱支援醫師）係為支援本市龍崎區衛生所、左鎮區衛生所及南化區衛生所（以下簡稱指定之轄區衛生所）執行「臺南市六十五歲以上老人暨五十五歲以上原住民免費裝置全口活動假牙計畫」（以下簡稱本計畫）之牙醫師。
- 二、支援醫師係由本市牙醫師公會提供建議名單，經本府衛生局同意後，始得前往指定之轄區衛生所執行本計畫，提供當地六十五歲以上老人暨五十五歲以上原住民免費裝置全口活動假牙作業。
- 三、支援醫師應依本計畫及各年度「臺南市六十五歲以上老人暨五十五歲以上原住民免費裝置全口活動假牙計畫服務契約書」之規定，負責本市龍崎區、左鎮區及南化區當地個案假牙裝置之申請、完整療程、後續調整及請款等事宜。
- 四、支援醫師得依臺南市政府及所屬機關學校國內出差旅費報支要點支給標準請領交通費。
- 五、支援醫師得依診療需求，併同牙科助理前往本市龍崎區、左鎮區及南化區服務，牙科助理得依臺南市政府及所屬機關學校國內出差旅費報支要點支給標準請領交通費。

附件 3

臺南市 114 年度 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合約醫療院所增額服務申請表

合約醫療院所名稱		申請日期	
申請增額因素	<input type="checkbox"/> 轄區醫療院所數不足。 <input type="checkbox"/> 轄區申請民眾案件數眾多，且醫師尚可承受。 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
申請增額服務數	申請每月增加核准_____件		
臺南市政府衛生局 65 歲以上老人暨 55 歲以上原住民免費裝置全口活動假牙審查小組審查意見			<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過
臺南市政府衛生局 審核	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過		
備註			

(附件 4)

臺南市 114 年度 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診治計畫書及診斷書

總編號					

(審查小組填列)

醫療院所名稱：_____ 院所負責人姓名：_____

醫療院所代碼：_____ 電話：_____ 傳真：_____

醫療院所地址：臺南市 _____ 區 _____ 里 _____ 路(街) _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓 _____

填表日期： 年 月 日		就診者基本資料 (病歷號碼：)			
姓名	出生日期： 年 月 日		緊急聯絡人	姓名	
	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他			<input type="checkbox"/> 原住民	電話
身分證字號：			電話	手機	
地址	臺南市 _____ 區 _____ 里 _____ 路(街) _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓				
診 治 計 畫 內 容					
評估項目	<input type="checkbox"/> 第一次使用全口活動假牙 <input type="checkbox"/> 舊假牙已不堪使用 <input type="checkbox"/> 舊假牙堪用		診治項目	<input type="checkbox"/> 全口活動假牙 <input type="checkbox"/> 上顎活動假牙 <input type="checkbox"/> 下顎活動假牙	
預計診治步驟詳細說明				身分證影本正面黏貼處 (請浮貼)	
如無使用金屬支架，或使用之材質有其他專業考量，請於初審時詳細說明於診治計畫書中					
負責診治醫師簽章				身分證影本反面黏貼處 (請浮貼)	
就診者同意簽章 (簽名或蓋章或捺指印)					
審查小組術前審查	<input type="checkbox"/> 通過： <input type="checkbox"/> 全口 <input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 下顎 <input type="checkbox"/> 退件(原因：)		審查小組審查用印	(審查小組成員章)	(審查小組章)
衛生局審核	<input type="checkbox"/> 通過。 核復公文 年 月 日南市衛國健字第 _____ 號函		衛生局用印		
	<input type="checkbox"/> 退件(原因：) 核復公文 年 月 日南市衛國健字第 _____ 號函				
醫療院所實際完成日	年 月 日		完成後就診者簽章	(簽名或蓋章或捺指印)	
醫療院所補助金額	<input type="checkbox"/> 44000 元 <input type="checkbox"/> 22000 元 <input type="checkbox"/> 元		審查小組審查用印	(審查小組成員章)	(審查小組章)

※註：1. 粗框線格內由審查小組與衛生局負責填寫，醫療院所詳細填寫其他欄。
 2. 請自行影印本空白表格使用。
 3. 以上各項簽名如有不實需負法律責任。

I 術前審查：(請浮貼)	
口內照片： 上顎正面照片 1 張、 下顎正面照片 1 張。	
口外照片： 全臉 (額頭以下、 脖子以上) 正面照 1 張。	
II 術後審查：(請浮貼)	
取模後上、下 顎石膏正面照 片各 1 張(含 數位式取模相 片)。	
蠟體及排牙完 成後，需上咬 合器，正面正 常咬合照片 1 張。	
活動假牙照 片：上顎正面 照片 1 張、下 顎正面照片 1 張。	
口外照片：全 臉 (額頭以下、 脖子以上) 正常咬 合正面照片 1 張(正常咬合可與 排牙照比對)。	

(附件 5)

術前、術後審查規定：

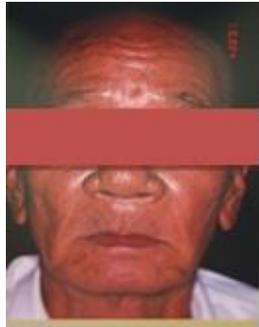
I. 術前檢查

裝置前

① 口內照片：上顎正面照片一張、下顎正面照片一張(如下圖)。



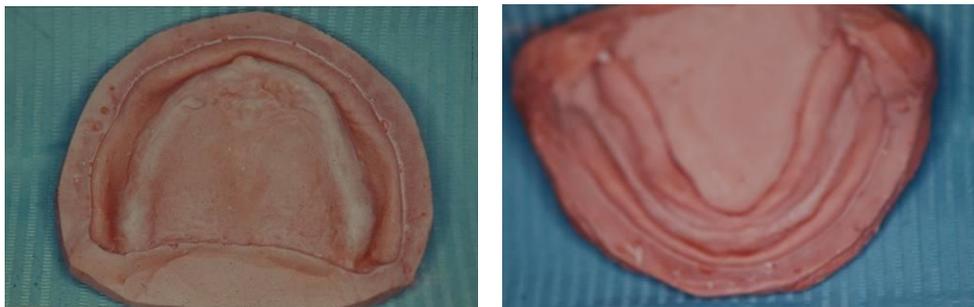
② 口外照片：全臉（額頭以下、脖子以上）正面照一張(如下圖)。



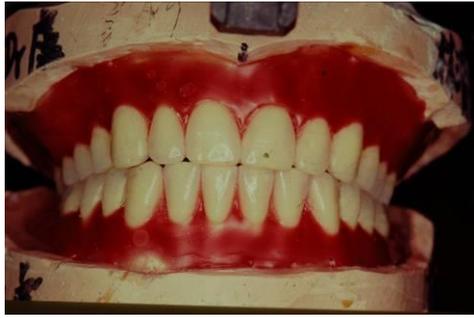
(此為範本，因個人隱私將眼部覆蓋，請送交診治計畫書及診斷書時保持全臉完整照片)

II. 術後檢查

一、取模後上、下顎石膏正面照片各 1 張(含數位式取模相片)(如下圖)。



二、蠟體及排牙完成後，需上咬合器，正面正常咬合照片一張(如下圖)。



三、裝置完成後：

① 活動假牙照片：上顎正面照片一張、下顎正面照片一張(如下圖)。



② 口外照片：全臉(額頭以下、脖子以上)正常咬合正面照片一張。



(此為範本，因個人隱私將眼部覆蓋，請送交診治計畫書及診斷書時保持全臉完整照)

其他：

1. 請注意排牙咬合照片與裝置後完成全臉照之咬合是否一致，且須以清晰、全彩照片呈現。
2. 請勿使用口內攝影機，以免口內照片無法完整顯示。
3. 相片大小勿超過 3X5。

(附件 6)

臺南市 114 年度 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
撥款申請書

本醫療院所診治 先生 假牙乙案，業依編號： 診治
計畫書及診斷書(如附)今已完成檢送該診治費用新臺幣 元
整，收據乙紙，請惠予撥款至：

金融機構名稱：

帳戶：

(帳號：)

醫療院所名稱： (印信)

負責人： (簽章)

中華民國 114 年 月 日

(附件 7)

收 據

日期：114 年 月 日

醫療院所名稱	(請寫全銜並加蓋醫療院所章)						
負責診治 醫師簽章			醫療院所統一編號				
醫療院所地址					電話		
給付標準	<input type="checkbox"/> 結案申請 <input type="checkbox"/> 未結案申請，檢附相關證明文件： <input type="checkbox"/> 牙齒骨架印模證明 <input type="checkbox"/> 完成排牙證明 <input type="checkbox"/> 完成蠟體製作證明 <input type="checkbox"/> 活動假牙完成證明。						
款項名稱	「臺南市 114 年度 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」 (裝置者名字) 假牙裝置費				總編號：		
總計金額	新臺幣： 元整						
醫療院所 負責人簽章	會計 簽章		出納 簽章		主辦人 簽章		

收執聯由衛生局持有



收 據

日期：114 年 月 日

醫療院所名稱	(請寫全銜並加蓋醫療院所章)						
負責診治 醫師簽章			醫療院所統一編號				
醫療院所地址					電話		
給付標準	<input type="checkbox"/> 結案申請 <input type="checkbox"/> 未結案申請，檢附相關證明文件： <input type="checkbox"/> 牙齒骨架印模證明 <input type="checkbox"/> 完成排牙證明 <input type="checkbox"/> 完成蠟體製作證明 <input type="checkbox"/> 活動假牙完成證明。						
款項名稱	「臺南市 114 年度 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」 (裝置者名字) 假牙裝置費				總編號：		
總計金額	新臺幣： 元整						
醫療院所 負責人簽章	會計 簽章		出納 簽章		主辦人 簽章		

出納聯由請款醫療院所持有

註：將總金額填於一張收據即可，如無出納及會計人員請註記並刪除。

附件 8

協力院所

地區	合約牙科醫療院所	地址	電話
臺南市中西區	世益牙醫診所	臺南市中西區城隍里民權路1段154號	06-2265078
臺南市中西區	明道牙醫診所	臺南市中西區赤嵌里中山路61號	06-2254008
臺南市中西區	建志牙醫診所	臺南市中西區藥王里金華路四段26號	06-2207497
臺南市中西區	康喬牙醫診所	臺南市中西區中西區府前路一段179號	06-2139268

附件 9

常見作業錯誤提醒

審查常見問題
<ul style="list-style-type: none">1、照片不清晰、無法完整呈現口內情況。2、未照到全部的 ridge、也未檢附 X 光片。3、口內剩餘 abutment 數未符合條件，又未寫診治計畫。4、試排牙的照片未照到咬合器。5、假牙成品在口內照片未做咬合動作。6、檢附照片不齊全。7、成品未符合規定。8、印章模糊不清楚。9、修改處未核章。
爭議常見問題
<ul style="list-style-type: none">1、與個案溝通不良。2、Denture border 不正確。3、VD 不正確。4、OCC 不正確。5、單顎未考慮到對側咬合平面。6、義齒位置不正確。