

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服務契約書

臺南市政府衛生局（以下簡稱甲方）委託_____（以下簡稱乙方）辦理「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」（以下簡稱本計畫）乙案，其權利義務經二方訂定契約條款如下：

第一條：乙方辦理甲方委託之業務其內容應依據契約及實施對象、案件申請方式及核銷方式、申請說明與品質確保、成效評估與滿意度調查等內容辦理；工作內容如有變更者，應經雙方協商書面同意後實施。

第二條：履約期限自民國(下同)114 年 1 月 1 日起至 114 年 12 月 31 日止。

第三條：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，並經乙方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），並經乙方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 案，其中 1,000 案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。

第四條：案件申請方式及核銷方式：

(一) 申請期程：

1. 自 114 年 1 月 1 日至 114 年 12 月 10 日接受民眾至乙方申請，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. 乙方將民眾申請案件(診治計畫書等相關文件)擬妥後，儘速送至甲方審核。
 3. 甲方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。
- (二) 核銷期程：
1. 自 114 年 1 月 1 日至 114 年 12 月 31 日均接受乙方辦理核銷，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. 乙方完成診治後，儘速將核銷案件(診治計畫書等相關文件)送至甲方審核。
 3. 甲方於召開審查小組會議時，一併審核核銷案件。
 4. 乙方核銷案件若經甲方通知限期改正並送回辦理核銷而未送回，且未述明原因者，甲方將逕行取消申請不予撥款。

第五條：申請說明與品質確保：

為保障民眾之權益與假牙品質，乙方之案件申請與結案均需以下列方式進行：

- (一) 乙方受理申請案時，與申請人核對身分後，檢具下列文件以掛號郵寄或親送至甲方(國民健康科)(註明假牙申請案)，由甲方召開審查小組會議，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。
 3. 其他依術前、術後審查規定(如附件 5)。
- (二) 審查小組審查通過後，由甲方核定，甲方以公文通知乙方、本市牙醫師公會及民眾就診，乙方接獲核准公文後，始可進行假牙之製作與裝置。
- (三) 非本計畫必要的其他診療項目，得以健保方式處理，由乙方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，惟乙方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，乙方應檢具下列文件逕送甲方，由審查小組完成術後審查，由甲方審核通過後辦理撥款事宜：
 1. 甲方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) 乙方之服務項目，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乙方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，乙方與甲方所簽訂之合

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、裝戴期間之問診及裝置完成日起 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，則由乙方依規定逕向衛生福利部中央健康保險署申請費用(建議乙方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) 乙方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，並副知甲方。
- (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，受理之乙方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，甲方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，由乙方提出說明後，偕同甲方協助轉介至其他合約醫療院所，乙方若已進入作業流程產生之相關費用則依本計畫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) 乙方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甲方辦理後續處理事宜。
- (十四) 若乙方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，乙方應以「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）郵寄或親送至甲方為憑。如乙方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」通知甲方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）郵寄或親送至甲方。

(十五) 承上，若乙方歇業、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，則由甲方轉介協力院所(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，並填寫評估表後送甲方查核。
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) 若乙方有新執行本計畫之牙醫師，該乙方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），至甲方（國民健康科）或本市各區衛生所轉送甲方（國民健康科）辦理備查，經甲方（國民健康科）或本市各區衛生所核對無誤後，由甲方（國民健康科）或本市各區衛生所於影本加蓋與正本相符章。

(十七) 為確保服務品質，經甲方調查後，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，由甲方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，甲方將減少每月核准件數或不與乙方續約；如整體滿意度低於平均值加3個標準差以下者，甲方將不與乙方續約。

(十八) 轉介協力院所：

乙方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，乙方並通知甲方及該協力院所。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) 乙方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。

第六條：成效評估與滿意度調查：

甲方可由申請案件中隨機抽取受補助者進行電話調查，以瞭解本案成效及乙方之服務及品質。

第七條：乙方需填列本契約之執行裝置假牙醫師清冊（如附表1），如有異動須主動告知甲方。

第八條：上述內容如有不足之處，依甲方公告之計畫內容為主。

立契約書人：

甲 方：臺南市政府衛生局

法定代理人：李翠鳳

地 址：臺南市新營區東興路 163 號

電 話：6357716(代表號)

乙 方：

法定代理人(負責人)：

地 址：

電 話：

中 華 民 國 年 月 日

