新北市身心障礙口腔照護補助計畫

壹、 現況及問題：

根據國民健康署身心障礙者口腔健康照護政策報告，本國身心障礙兒童齲齒率高達 90%。身心障礙或發展遲緩特殊兒童，往往可能因其父母認知不足而疏於口腔保健、或是兒童本身排斥刷牙、缺乏妥善治療齲齒及牙科專業醫療資源等，加上普遍基層診所會排拒醫治這類孩童，致使這類兒童口腔照顧不足，爰此，身心障礙兒童的口腔照護需求實刻不容緩。

身心障礙者較一般人缺乏足夠的口腔健康照護，有較多未治療的齲齒，牙周狀況也較差，缺牙情形嚴重，甚至全口無牙狀況普遍。依據衛生福利部統計處資料顯示，本市 108 年身心障礙人口達 16 萬 9,935 人，其中未滿 12 歲身心障礙兒童 3,391 人，12 至未滿 65 歲身心障礙者 5 萬 8,398 人；另依衛生福利部統計處身心障礙者生活補助資料，本市 108 年符合中低收入戶身心障礙者 3 萬 127 人次，低收入戶身心障礙者 9 萬 5,595 人次。

為解決身心障礙者口腔健康問題，使其恢復口腔正常運作功能、促進身心正常健康發展，並加強其口腔健康知能，提升生活品質，本市自 100 年起，利用社會福利及牙科醫療資源，積極推動身心障礙口腔保健照護補助計畫，截至目前為止，本市已有 3,777 位身心障礙者及其家庭受益。

貳、 實施策略與進行步驟：

一、 對象：

（一）設籍本市之未滿 12 歲身心障礙或經發展遲緩兒童評估鑑定醫院確診為發展遲緩者。

（二）設籍本市之 12 至未滿 65 歲中低收入戶身心障礙者或 12 至未滿 60 歲低收入戶身心障礙者。

二、 實施策略及進行步驟：

實施策略	進行步驟
(一) 提供身心障礙者便利的專業牙科醫療網絡	1. 徵求大臺北地區符合資格之醫療機構，設立特殊需求者牙科醫療門診，提供本市身心障礙者適當口腔健康檢查、口腔疾病治療及衛生保健教育服務工作。 2. 申請加入本案醫療機構及醫師資格： 身心障礙者特別門診須由接受6學分以上身心障礙相關教育訓練之醫師所開設看診。
(二)提供未滿 12 歲身心障礙或發展遲緩兒童口腔照護服務	1. 結合特殊需求者牙科醫療門診提供口腔衛生教育服務。 2. 依據「新北市未滿12歲身心障礙或發展遲緩兒童口腔照護補助項目及費用一覽表」(附表一)補助已有齲齒之身心發展遲緩兒童適當牙科醫療服務。
(三)提供 12 至未滿 65 歲中低收入戶身心障礙者或12至未滿60歲低收入戶身心障礙者口腔照護服務	1. 結合特殊需求者牙科醫療門診，提供個案完善口腔疾病治療、口腔衛生教育及假牙補助服務。 2. 依據「新北市12至未滿65歲中低收入戶身心障礙者或12至未滿60歲低收入戶身心障礙者口腔照護補助計畫項目及費用一覽表」(附表二)提供假牙製作完成個案正確口腔保健及假牙清潔技巧。
(四)發放宣傳單張於本市衛生所、區公所及本計畫特約機構、本市早療鑑定醫院	製作單張發放，使符合資格的民眾了解口腔照護補助的福利。

三、 醫療機構加入本計畫應備文件

（一）醫療機構申請加入本計畫之醫師需有身心障礙相關教育訓練6學分以上證明文件。

（二）服務契約書一式2份。

（三）身心障礙口腔照護補助醫療機構聯絡資訊暨看診時間表。

（四）醫療機構帳戶影本。

四、 醫療機構申請流程、注意事項及核銷應備文件：

（一）申請個案應備文件(初診須攜帶以下正本文件供醫療機構查驗)

1. 未滿12歲身心障礙或發展遲緩兒童

(1)健保卡正面影本

(2)身心障礙手冊正、反面影本或早期療育評估報告書(須在有效期限內)

(3)切結書(格式如附件1)

2. 12至未滿65歲中低收入戶身心障礙者或12至未滿60歲低收入戶身心障礙者

(1)國民身分證正、反面影本

(2)身心障礙手冊正、反面影本(須在有效期限內)

(3)中低收或低收入戶證明(須在有效期限內)

(4)切結書

（二）注意事項：

1. 初次就診時，個案需攜帶證明文件正本，供醫療機構查驗，並繳交相關證明文件，當次文件攜帶不齊全無法申請本補助。

2. 醫療特約機構應於個案初診時 **1 週內**依據申請項目一覽表，於本局健康管理系統**線上填報申請書**，並上傳**相關資格證明文件**、**切結書**及**治療前張口照片 2-4 張(為治療牙位之彩色且清晰照片)**：

(1)未滿12歲身心障礙或發展遲緩兒童，補助金額每年每案最高新臺幣2萬元。

(2)12至未滿65歲中低收入戶身心障礙者，補助金額每年每

案最高新臺幣 2 萬元；12 至未滿 60 歲低收入戶身心障礙者，補助金額每年每案最高新臺幣 4 萬元。

3. 12 至未滿 65 歲中低收入戶身心障礙者或 12 至未滿 60 歲低收入戶身心障礙者同一牙位已申請補助者，固定假牙自當年度起 5 年內不得再次申請本補助，活動假牙自當年度起 2 年內不得再次申請本補助。
4. 裝置假牙服務提供單位對活動假牙製作及裝戴、裝戴後需提供 1 年之調整服務，以保障服務品質，調整服務本局不予以補助。
5. 申請個案補助如未能於本局核准後 6 個月內完成假牙裝置，得延長 1 次，並以 3 個月為限。
6. 如取消申請個案補助，以電子郵件、傳真或線上系統上傳取消申請書(附件 4)予本局，同一年連續取消 2 次，第 3 次則不予補助且次年停止申請 1 年(1 年之定義為公文核准日期起算 1 年)。
7. 每位申請個案皆須指導口腔衛生教育，且 1 年最多申請 1 次，每次至少 15 分鐘以上。本項目須拍攝 1-2 張彩色且清晰照片貼至「口腔衛生教育紀錄表」(附件 2)及請個案填寫「接受口腔衛生教育後問卷」(附件 3)，並將紀錄表及問卷上傳於本局線上系統；如未提供口腔衛生教育服務，則其他項目一律不得申請。
8. 切結書(附件 1)應予申請人(如未成年者可由家長代理)親自簽名，並上傳至線上系統。
9. 醫療機構應施行項目如下：
   (1) 未滿 12 歲身心障礙或發展遲緩兒童全身麻醉進行治療者，拍攝口腔治療前及治療後彩色且清晰照片各 2-4 張；若無麻醉者，則口腔治療後照片 2-4 張。
   (2) 12 至未滿 65 歲中低收入戶身心障礙者或 12 至未滿 60 歲低收入戶身心障礙者之活動假牙拍攝照片，需含「口內裝上」及「口外單獨」照片至少各 1 張；鑄心則為裝

置前或術後 X 光至少 1 張。

(3) 病歷須符合標準病歷規格，詳載每次就診日期時間、個案基本資料、口腔檢查紀錄、牙醫醫學詞彙、代碼、診斷、治療計畫、處置內容、牙位及醫師簽章；如使用系統性全身麻醉之手術應含麻醉紀錄及手術紀錄。

10. 身心障礙假牙補助費用核付表暨收據及個案明細報表應由線上系統下載列印紙本提送本局辦理核銷。**收據切勿塗改，切結書及個案明細報表如有塗改，請務必於塗改處核章。**

11. 申請者因故(中斷原因為醫療院所不可抗力之因素)致無法完成治療期程，其包含申請者 9 個月內無至醫療院所進行任何治療或申請者回原申請醫院填寫取消申請書(該支出成本會扣除當年度申請者之額度)，經本局委員審查通過後，補助標準如下：

(1) 活動假牙：

甲、 牙齒骨架印模：最高補助 35%。

乙、 完成排牙：最高補助 70%。

丙、 活動假牙已製作完成：最高補助 80%。

(2) 固定假牙：

甲、 牙齒取模：最高補助 35%。

乙、 假牙已製作完成：最高補助 80%。

12. 未通過之項目不得執行，若需執行請事先提出申請；如需更改補助項目及費用，請儘快向本局重新提出申請，經審查通過後方能執行。

13. 本局對於辦理本計畫之特約醫療機構得不定期實施查核與輔導，經查若有以虛偽之證明、報告及其他不正當行為取得本補助款或超收費用者，特約機構應繳回本補助款或將超收費用返還個案，且本局得終止契約，涉及刑責者移送司法機關。

(三) 檢送核銷文件(請於線上系統下載)：

1. 費用核付表暨收據

(1)收據請款總金額由系統自動產生,請於系統詳實填寫基本資料，包括：單位名稱、聯絡電話、統一編號、地址、匯款銀行名稱、分行別及匯款帳號。

(2)收據加蓋乙方負責人印章及機構關防(同契約書所蓋之章戳)。

(3)須附千分之四印花稅(請黏貼於收據背面)。

2. 個案明細報表

(四) 若線上系統故障，另以公文通知申請、送審及核銷方式。

附表一

新北市未滿12歲身心障礙或發展遲緩兒童口腔照護補助項目及費用一覽表

◎各項補助經費實報實銷不得超過下表額度（並排除健康保險給付項目）
◎每案補助金額每年以新臺幣2萬元為最高

項目名稱及代碼	金額（元）	說明
C１－空間維持器	5,000	特殊兒童口腔照護補助費用
C２－防蛀封劑（每齒）	500	特殊兒童口腔照護補助費用 **◎已蛀牙或已申請健保「填補」項目之牙位不適用本項目**
C３－不銹鋼牙冠（每齒）	3,000	特殊兒童口腔照護補助費用
C４－成型乳門牙透明牙套（每齒）	3,000	特殊兒童口腔照護補助費用
C５－個案行為處理費（每次）	500	特殊兒童口腔照護補助費用
C７－指導口腔衛生教育（每次）	250	◎每次至少15分鐘以上，需拍照證明(最少一張)。 ◎1年最多申請1次。

◎ **個案須於初診時攜帶健保卡及身障手冊正本供醫療機構查驗。**

附表二

新北市 12 至未滿 65 歲中低收入戶身心障礙者或 12 至未滿 60 歲低收入戶身心障礙者口腔照護補助計畫項目及費用一覽表

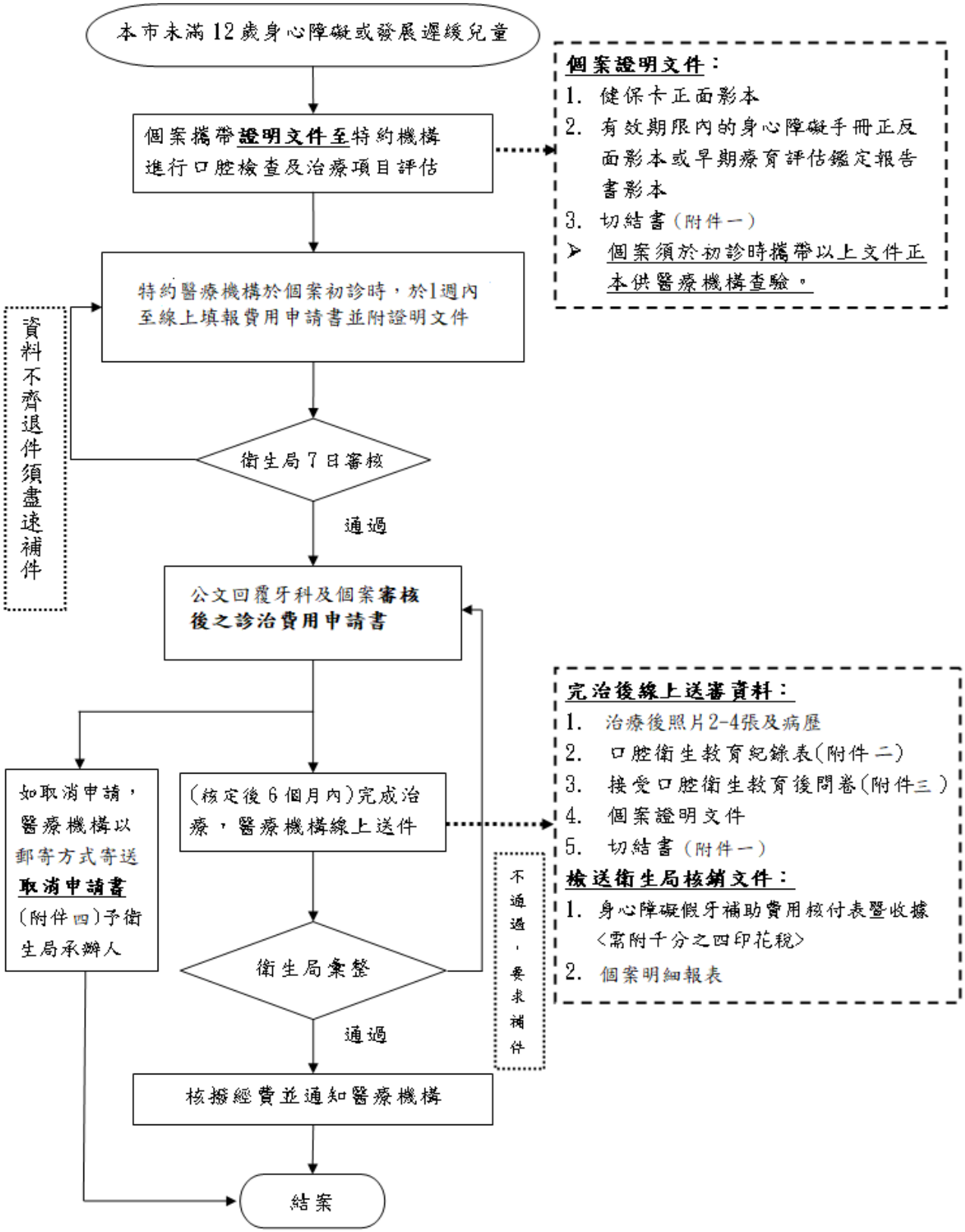
◎ 各項補助經費實報實銷不得超過下表額度（並排除健康保險給付項目）
◎ 中低收入戶每年補助金額以 2 萬元為最高
◎ 低收入戶每年補助金額以 4 萬元為最高

補助項目			代碼	經費	說明
指導口腔衛生教育(至少 15 分鐘)			C7	250	◎每次至少 15 分鐘以上，需拍照證明(最少一張)。 ◎1 年最多申請 1 次。
牙周骨膜翻開術後	牙周組織引導再生術（骨粉、再生膜）		E1	8,000	◎1 年最多申請 2 次 ◎免檢附治療前後照片
固定假牙 (5 年內相同牙位不得再次申請)	鑄心		A1	1,250	**需於假牙裝置前拍攝鑄心照或於術後附上 X 光片**
	金屬鑄造冠		A2	5,000	
	金屬瓷冠		A	7,000	
活動假牙 (2 年內相同牙位不得再次申請)	全顎缺牙活動假牙	雙顎	B1	40,000	
		單顎	B2	20,000	
	部分缺牙活動假牙	4 顆以下	B3	15,000	5 顆以上每多 1 顆牙加 1,000 元，總價以 20,000 元為上限。 (5 顆 16,000、6 顆 17,000、7 顆 18,000、8 顆 19,000、9 顆 20,000)
		5 顆以上	B4	20,000	
牙冠加長術	牙冠加長術 3 分之 1 顎		D1	6,000	需檢附 X 光片等佐證資料
	4~6 齒		D2	8,000	

◎ 個案須於初診時攜帶身分證及身障手冊正本供醫療機構查驗
◎ 活動假牙製作流程須具備：初模-印模-試戴修調-完成

新北市身心障礙口腔照護補助計畫
未滿 12 歲身心障礙或發展遲緩兒童
申請流程圖

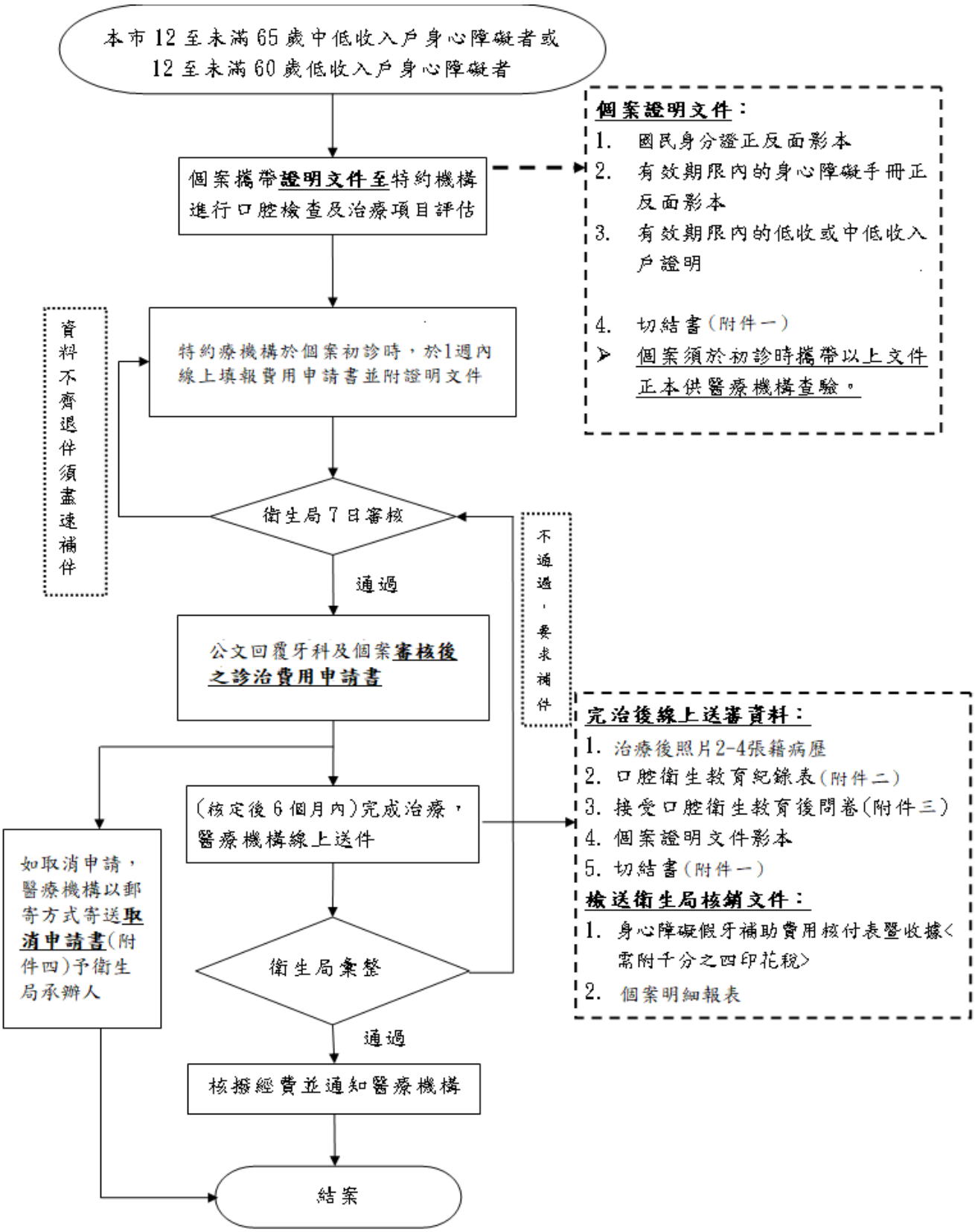
附表三



新北市身心障礙口腔照護補助計畫

12至未滿65歲中低收入戶身心障礙者或12至未滿60歲低收入戶身心障礙者申請流程圖

附表四



附件一

新北市身心障礙口腔照護補助-切結書

本人_____ (申請人)於_____年_____月_____日，接受

_____ (院所名稱)依新北市政府衛生局身心障礙口腔照護補助計畫提供服務，經該院所詳細說明並充分瞭解後，依據本補助項目及費用一覽表(附表一、二)，申請補助金額共計新臺幣_____元整，另補助活動假牙項目完成日起享有 1 年內之免費調整服務。有關本補助所填各項資料及所附文件均完全屬實；經查證如有不實者，將不予補助。

申請人同一年連續取消 2 次，第 3 次則不予補助且次年停止申請 1 年(1 年之定義為公文核准日起算 1 年)。

特此切結為憑。

此致　　新北市政府衛生局

切結人簽章：
身分證字號：
現居地址：
聯絡電話：

中華民國　　年　　月　　日

附件二

口腔衛生教育紀錄表

醫療院所名稱	本補助治療醫師	申請人姓名
提供口腔衛生教育時間：　　年　　月　　日		
照片(須彩色且清晰)		
照片(須彩色且清晰)		

附件三

接受口腔衛生教育後問卷

您接受口腔衛生教育是_____年_____月_____日

問題	請勾選
1. 過去您的刷牙習慣？	□**一天 1 次** □起床後□早餐後□午餐後□晚餐後□睡覺前 □**一天 2 次** □起床後□早餐後□午餐後□晚餐後□睡覺前 □**一天 3 次以上** □起床後□早餐後□午餐後□晚餐後□睡覺前 □吃完東西後
2. 過去刷牙工作多半由誰負責？	□自己□父母親（照顧者）□其他人：_____
3. 過去每次刷牙是否超過 3 分鐘？	□是 □否 □不知道/不記得
4. 過去您家中牙刷平均多久換 1 次？	□每 2-3 個月 □每半年 □每年 □壞了才換
5. 對於剛才接受的衛生教育是否對您的刷牙技巧有幫助？	□有，很有幫助 □有，有點幫助 □無幫助 □沒有感覺
6. 對於剛剛接受牙線使用技巧對你有幫助嗎？	□有，很有幫助 □有，有點幫助 □無幫助 □沒有感覺
7. 回家後您的潔牙習慣會改變嘛？	□會（□使用牙刷 □使用牙線） □不會
8. 回家後您刷牙的習慣會是？	□**一天 1 次** □起床後□早餐後□午餐後□晚餐後□睡覺前 □**一天 2 次** □起床後□早餐後□午餐後□晚餐後□睡覺前 □**一天 3 次以上** □起床後□早餐後□午餐後□晚餐後□睡覺前 □吃完東西後
9. 回家後您覺得每次刷牙時間應該多久？	□1 分鐘，有刷就好 □3 分鐘，認真刷乾淨 □不知道/不記得
10. 未來您覺得牙刷應該多久換 1 次？	□每 2-3 個月 □每半年 □每年 □壞了才換

附件四

身心障礙口腔照護補助-取消申請書

有關＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿診所/醫院，於＿＿年＿＿月＿＿日申請＿＿＿＿＿＿君(申請人，補助編號：＿＿＿＿)身心障礙口腔照護補助費用一案，經衛生局＿＿年＿＿月＿＿＿＿日發文通知核准通過申請資格在案（發文字號:新北衛健字第＿＿＿＿＿＿＿＿號函），本案因＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿因素，故取消此申請案。申請人同一年連續取消 2 次，第 3 次則不予補助且次年停止申請 1 年(1 年之定義為核准日起算 1 年)。

醫師簽章：

申請人簽章：

此致新北市政府衛生局

中華民國　　年　　月　　日