

花蓮縣老人補助裝置假牙審查小組設置

- 一、花蓮縣政府(以下簡稱本府)為執行補助老人裝置假牙相關計畫，加強長者口腔醫療照護補助計畫之醫療處理品質，促進醫病關係和諧及滿意度，特設花蓮縣老人補助裝置假牙審核小組（以下簡稱本小組）並訂定本計畫。
- 二、本小組任務如下：
 - 1、假牙補助申請案件之資格審查，確認申請者之身份是否符合補助計畫之標準。
 - 2、假牙補助案件含申請案件與核銷案件之專業審查，審查醫療院所提出的假牙診治計畫，確認裝置必要性及合理性，並符合補助規定，防止資源溢領或不當申報。
 - 3、假牙補助裝置變更申請案之審查，確保變更理由與治療調整符合規定。
 - 4、參與補助政策研議、執行成效討論及法規修訂建議。
- 三、本小組成員由本處人員、花蓮縣牙醫師公會代表組成，申請人資格由本處人員審查，補助案件之醫療專業相關部分由花蓮縣牙醫師公會代表審查。本處人員為無給職，其他人員擔任審查小組工作得依規定支給出席費。
- 四、本小組審查頻率依案件量決定，原則每周審查1至2次，得視案件數量增減。
- 五、本小組必要時得召集臨時會議，開會應有二分之一以上成員出席，決議事項應經出席成員過半數之同意；可否同數時，取決於主席。
- 六、定期召開審核小組會議。辦理審核篩檢服務人員，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。