

衛生福利部已於 115 年 3 月 5 日預告訂定「植牙科專科醫師甄審原則（草案）」，截至 115 年 5 月 4 日止，共接獲 12 件陳述意見，有關建議事項、參採與否及回復說明摘述如下：

意見主軸	對應條文	意見內容	參採情形	回復說明
反對訂定草案或質疑政策定位	植牙科專科醫師甄審原則第一條、全案	1. 反對「植牙科專科醫師甄審原則」、「植牙科專科醫師訓練機構認定基準」、「植牙科專科醫師訓練課程基準」三項草案。 2. 建請明確說明設立專科之政策目的及預期效益，以利社會大眾及專業人員理解制度定位。 【中華民國牙醫師公會全聯會】 3. 依醫師法第 7-2 條規定，未取得專科證書者不得使用專科名稱，雖一般牙醫師依法仍得執行植牙醫療，惟未來若發生醫療爭議，是否因未具植牙專科資格而影響責任認定，尚有疑慮，建請一併釐清。 【中華民國牙醫師公會全聯會】	不參採	1. 基於植牙治療所需能力為一般牙醫學系畢業生養成或教育之進階知識及技術，且隨臨床技術專業演進，植牙分科領域與現有部定專科之知識、技術已有明確區分，為口腔顎面外科、膺復補綴牙科及牙周病科所延伸之複合型分科，復考量民眾就植牙之照護需求及植牙教育課程系統化，本部於 112 年 5 月 2 日發布牙醫專科醫師分科及甄審辦法修正案，將植牙科納入牙醫師之專科分科。本案為依該辦法授權訂定植牙專科三項草案，本部將審慎參考預告期間之各方意見予以修正後，辦理頒布作業。 2. 凡具有牙醫師資格者，得執行各項牙醫醫療業務，現行牙醫醫療部分並未限定特定治療、技術需由牙醫專科醫師執行，惟考量醫療為高度專業領域，就進階知識及技術，有系統化訓練、甄審之必要，以維專業發展及醫療品質，故牙醫專科分科設植牙科。
支持建立植牙專科醫師正式訓練與甄審制度，以提升醫療品質並保障病人安全	甄審原則第一條、全案	1. 近年來國內與植牙相關之學會、訓練課程及民間認證日益增加，各類「植牙專科」名稱繁多，認證標準亦不盡一致。臨床上亦可見部分植牙治療因術前評估不足、治療規劃不周或術後併發症處置能力不足，導致病人後續轉診困難，甚至成為醫療處置上的高風險個案。植牙治療已非單純單顆缺牙重建，而常涉及全口重建、咬合重建、軟硬組織管理、複雜骨增量手術、併發症處理及長期維護等高度整合性治療，因此建立由政府主導之正式植牙專科訓練與甄審制度，對於提升整體醫療品質及保障病人權益，實有其必要性。【個人意見】 2. 貴部目前所提出的專科三法草案，內容嚴謹縝密，若能嚴格執行，應能訓練出植牙專業技術紮實且能以全人角度為患者謀福利之專科醫師，避免各種資格/理由換證後出現魚目混珠的問題。為了、換證或是甄審等議題上，切勿輕易讓步，這樣不僅台灣民	參採	有關籲請建立植牙專科醫師制度（含甄審原則、訓練課程基準、訓練機構認定基準）等意見，本部納參。

意見主軸	對應條文	意見內容	參採情形	回復說明
		眾的口腔健康福祉，懇請各位長官在植牙專科訓練是維持世代正義，也讓每顆牙齒都保有接受正規治療的機會。【個人意見】 3. 本人目前於醫學大學牙醫學系任教，並同步於教學醫院擔任臨床指導醫師。長期站在教育與醫療的第一線，我觀察到植牙技術雖已普及，但缺少國家級專科認證制度的，已導致醫療品質參差不齊。為了保障國民健康並維護醫療專業形象，本人在此建請貴部應採取強而有力的政策領導，落實「植牙科專科醫師」制度，減少民間證照叢生造成市場與民眾價值的混淆。目前國內植牙認證名目紊亂，民眾根本無從判斷醫師的實質專業度。這種資訊不對稱不僅助長了醫療不當行銷，更埋下大量隱形的醫療糾紛。身為教育者，我們都知道任何高度專業的技術都必須建立在嚴謹且標準化的培訓體系之上。現行的牙醫教育雖涵蓋基礎植牙，但缺乏統一的專科訓練指引。建立專科醫師認證制度，能強制教學醫院落實標準化訓練，確保醫師在處理複雜解剖評估及併發症時具備應有的實力，而非僅憑短期研習便進行高風險手術。臨床實務上，教學醫院常接手處理因初診醫師專業度不足而導致的嚴重失誤案例，這不僅造成患者身心受創，更虛耗了龐大的社會醫療資源。推動專科制度並非要限縮執業範圍，而是要透過專業分工，確保高難度手術由受過專門訓練的人員執行。高品質的首診治療，才是降低整體醫療成本、守護民眾安全的根本策略。醫療專業需要嚴格的法制支撐，植牙技術的成熟不代表管理可以鬆散。建立具公信力的國家認證體系刻不容緩。懇請 貴部體察基層臨床與教學者的憂慮，以明確的政策落實專業化發展，讓台灣的牙科醫療環境回歸專業本質，保障國民最基本的醫療權益。【個人意見】		
反對強制全時四年訓練，訴求資歷抵免機制	植牙科專科醫師甄審原則第二條第一款	1. 植牙既然牽涉口外、牙周、與贕復這三個既有的專科，在考慮誰能考這個專科醫師的規定時，必須要為這三個專科訓練的專科醫師開一扇門，也就是說，應考資格限制，必須採多軌制，而非單	不參採	考量植牙科為口腔顎面外科、贕復補綴牙科及牙周病科之複合型科別，該三專科訓練分別需 2 至 3 年訓練（口外需 3 年 6 個月），復考量植牙科專科醫師應具備處理複雜性個案之能

意見主軸	對應條文	意見內容	參採情形	回復說明
	(國內訓練年限)	一資格。我的建議是：，至於能否取得植牙專科醫師的資格，最後還有筆試跟口試來把關。否則，一律要求修習四年才有資格，會讓年輕醫師花費額外的時間，去做重複的事，而且封殺那些已受相關專科訓練的醫師。所以“植牙科專科醫師甄審原則”第二條第二項：牙醫師符合下列各款資格之一，得申請參加植牙科專科醫師甄審： (一)在國內植牙科專科醫師訓練機構接受至少全時四年之植牙科專科醫師訓練，並持有該機構發給之訓練期滿證明文件，應修正為以下三類人選： (1) 在國內植牙科專科醫師訓練機構接受至少全時四年之植牙科專科醫師訓練，並持有該機構發給之訓練期滿證明文件。 (2) 曾接受國內外口腔外科或牙周病科或顎復科專科醫師訓練，且領有結業證書者，並參加符合認證之非原專科課程達一定時數者（譬如說 18 個月）。 (3) 本法公布十年內且在 2026（含 2026）以前畢業，臨床執業（不含 GPY）滿五年以上，且能證明植牙治療超過一百位患者（數目待討論決定）。 【中華民國植牙全國聯合醫學會】 2. 應建立「資歷抵免機制」。針對已具口外、牙周或顎復專科證照之醫師，應免除第一至二年的基礎課程（如職前訓練、基礎手術），避免教學資源浪費與過度拉長受訓年限。 【台灣亞洲植牙醫學會】		力，為確保專科醫師具備處理重難症之品質與公信力，並維護其專科品質，經徵詢專家意見，基於本案植牙科專科醫師訓練課程基準之 4 年全時課程，為以植牙技能為核心之整合型訓練，因此仍須完成該課程基準全時 4 年訓練，始得參加甄審，不開放資歷抵免。
建議不開放外國專科醫師甄審資格	植牙科專科醫師甄審原則第二條第二款 (外國證書轉換)	1. 建議修正申請人需持有我國牙醫師證書，方有資格申請甄審。 【個人意見】 2. 原條文規定「相當」我國水準，僅要求外國專科醫師制度與國內持平；為落實鼓勵引進國際頂尖醫療技術之政策目的，將標準由「相當」修正為「高於」，旨在確保獲認可之外國專科醫師具備超越國內現行標準之專業能力，以帶動國內醫療品質進	不參採	1. 按醫師法第 7 條之 1 第 1 項規定，「醫師經完成專科醫師訓練，並經中央主管機關甄審合格者，得請領專科醫師證書。」是以，持有我國牙醫師證書，為參加專科醫師甄審所應具備之當然要件。 2. 按現行「牙醫專科醫師分科及甄審辦法」（下稱牙專辦法）第 12 條第 1 款已明定（略以），領有非我國之牙醫專科醫

意見主軸	對應條文	意見內容	參採情形	回復說明
		步。【個人意見】 3. 對於國外植牙科專科證書之轉換承認，在國內各相關學會的證書和訓練過程未被認可前，不宜貿然開放對於國外訓練之認證，應優先建立對於國內植牙學會專科醫師的甄審制度，建議此條文應刪除。 【社團法人台北市牙科植體學學會】 4. 甄審原則二（二）項，領外國之植牙專科醫師證書，訓練過程與我國相當者，得申請植牙專科醫師考試。如此做法更是自貶國格，彷彿外國月亮比較圓，忽視在國內辛苦培養的人才。而且，從波波醫師的爭議可知，外國學歷可能良莠不齊，衛福部如何能客觀審視、確實把關？誰具備把關的能力與權利？再者，試問有哪些國家的植牙專科醫師訓練，需耗時四年，而且要橫跨口外、牙周、贗復三大科。有多少國外的植牙專科醫師訓練，需要學習切除腫瘤？我國衛福部如何確實審查該歸國植牙專科醫師曾確實執行過腫瘤切除手術？遠來的和尚比較會念經嗎？事實上真是如此嗎？我國政府應先想好如何自我定位，如何肯定國內辛苦培訓的人才，以免厚彼薄此。【台灣微創植牙醫學會】		師證書，且經中央主管機關審查該地區、國家之牙醫專科醫師制度、訓練過程與我國相當者，得免筆試、口試、操作或實地考試。 3. 本部草擬之「植牙科專科醫師甄審原則」、「植牙科專科醫師訓練機構認定基準」及「植牙科專科醫師訓練課程基準」，均係遵循上開牙專辦法之母法規範據以擬定。 4. 為維護法規體系之一體性，避免適用時產生歧異，草案中關於外國專科醫師證書甄審之「相當」措辭應予維持，且亦不附加當然應具備之「具有我國牙醫師證書」要件。 5. 惟針對各界對實務把關之憂慮，本部將於審查外國專科醫師證書時，從嚴檢視申請人於其他國家之專科訓練時數、臨床病例及核發體制是否確與我國部定專科水準相當。
應維持現行規劃4年訓練	植牙科專科醫師甄審原則第二條第一款 (國內訓練年限)	建議植牙專科受訓年限四年之規劃相當合理，應予維持：對於公告草案中植牙專科訓練年限訂為四年，本人認為相當合理，並予以支持。植牙專科醫師之培養，不僅需熟悉植牙相關之手術技術，包括拔牙後即刻植牙、骨增量手術、軟組織處理、鼻竇增高術及困難病例處置，同時亦須具備完整之贗復補綴能力，包括單顆植牙、固定式全口重建、活動義齒整合治療、咬合重建及植牙併發症之補救處置。目前與手術相關之口腔顎面外科、牙周病科，以及與重建相關之贗復補綴牙科，其專科訓練均需二至三年。植牙專科須同時整合手術與重建兩大核心能力，因此四年訓練期符合專業養成需求，亦符合病人安全原則。【個人意見】	參採	考量植牙科專科醫師應具備處理複雜性個案之能力，為確保植牙專科醫師具備處理重難症之品質與公信力，本案規劃須依植牙科專科醫師訓練課程基準，完成全時4年訓練，始得參加甄審，不開放換證或資歷抵免。

意見主軸	對應條文	意見內容	參採情形	回復說明
反對直接換證，以為植牙醫療品質及兼顧世代正義	植牙科專科醫師甄審原則第二條（參加甄審資格）	1. 看到植牙專科醫師即將成立，心裏一則為喜，一則以憂。喜的是終於政府願意介入管理，不然以目前坊間到處都是號稱的植牙專科醫師，但問題仍然層出不窮。像本人的母親去所謂的植牙專科醫師診所接受植牙手術，但一年後即脫落，詢問醫師則一直避重就輕，因此政府介入管理才能有保障憂的是如果可以直接以現行各醫師所擁有的專科醫師證書來換發衛福部的專科證書，有問題的醫師更可以正大光明的宣稱是衛福部認定，如此對於民眾的就醫品質仍然沒有保障。應該不能允許這些所謂的植牙專科醫師直接換證。【個人意見】 2. 貴部目前所提出的專科三法草案，內容嚴謹縝密，若能嚴格執行，應能訓練出植牙專業技術紮實且能以全人角度為患者謀福利之專科醫師，避免各種資格/理由換證後出現魚目混珠的問題。為了台灣民眾的口腔健康福祉，懇請各位長官在植牙專科訓練、換證或是甄審等議題上，切勿輕易讓步，這樣不僅是維持世代正義，也讓每顆牙齒都保有接受正規治療的機會。【個人意見】 3. 建議植牙專科醫師資格不宜採既有民間證書直接換證，以維護制度公平性與專業公信力：關於植牙專科醫師資格認定，本人建議不應以現有民間學會所核發之相關專科證書作為直接換證依據。目前國內各植牙相關學會之訓練內容、案例審查標準及甄審制度仍存在相當程度差異，若未經完整統一訓練及國家級甄審，即直接換發官方專科資格，恐影響新制度之公信力。此外，若年輕醫師需接受完整四年訓練並通過嚴謹甄審，而部分資深醫師無須接受相同訓練即可取得相同資格，亦可能產生制度公平性之疑慮。專科醫師制度之核心價值，在於完整訓練與一致標準之專業認證，而且此植牙專科醫師養成在於能夠處理相關難症，因此建議植牙專科醫師資格應以正式受訓及統一甄審為原則，而非以既有民間證書直接換證。此舉亦可避免初期大量換證申請造成甄審資源負荷過重，影響制度品質。【個人意見】	參採	考量植牙科專科醫師應具備處理複雜性個案之能力，為確保植牙專科醫師具備處理重難症之品質與公信力，本案規劃須依植牙科專科醫師訓練課程基準，完成全時4年訓練，始得參加甄審，不開放換證或資歷抵免。

意見主軸	對應條文	意見內容	參採情形	回復說明
建議保障既有從業醫師之權益，研議落日條款或轉銜機制	植牙科專科醫師甄審原則第二條（參加甄審資格）	1. 對 30 年來植牙界的專業人士，能透過合理機制有落日條款。 【社團法人台灣植牙聯盟醫學會】 2. 現有學會專科之權益轉銜。 【台灣亞洲植牙醫學會】 3. 建議明訂合理之落日條款、規劃既有從業醫師之轉銜機制（如補訓、考試資格採認等），另兼顧不同世代醫師之公平性，避免制度造成世代剝奪。 【牙醫師公會全國聯合會】 4. 已公布的植牙科專科醫師甄審原則草案並未考量現存學會植牙專科醫師的補訓或轉換機制，建請應比照家庭牙醫科及特殊需求者口腔醫學科的設立程序，設立一定標準或篩選機制進行轉換，以保障現有學會專科醫師的權益，也能提供全國民眾和病患更妥善的醫療照顧和選擇。【台北市牙科植體學學會】 5. 現行草案未明訂過渡銜接條款，建議設置一定期間之過渡銜接機制，針對既有長期從事植牙臨床之牙醫師，得依其臨床年資、病例經驗、繼續教育時數、相關學會認證或補訓結果，經一定審查程序後取得銜接資格，並明定適用期間及後續展延或補訓方式。以兼顧制度建立與既有專業發展。 【中華民國口腔植體學會】	不參採	經衡酌國內各植牙相關學會之組織運作及臨床訓練現況，含各學會組織章程、專科醫師甄審、訓練課程及訓練機構認定等資料。囿於資料完整性、組織規模及其他本部委託之專科醫學會具高度差異，難以建立具公平性及兼顧世代正義之「既有從業人員」換證、補訓或免訓等配套措施。考量植牙科屬跨領域之複合型科別，為確保專科醫師具備處理重難症之品質與公信力，並維護其專科品質，不宜類比其他專科以證換證。
公告程序不足，訴求暫緩實施	全案程序面	1. 任何新政策、法案施行前，總會廣徵各方專業意見。本會為內政部立案之微創植牙學會，但此次施行草案，本會未曾收到任何徵詢的通知，據悉其他植牙學會亦未被徵詢。請問這草案是由多少「專業人士」訂立的？這些專業人士在植牙界具有多少代表性？ 【台灣微創植牙醫學會】 2. 還有一點也待貴部說明，目前九大牙科專科均有代表的專科學會，請問衛福部認定的植牙醫學會在哪？何時會成立？由誰成立？能否在牙醫植牙界形成共識？【台灣微創植牙醫學會】	不參採	本部已於政策制定期間，依行政程序踐行意見徵詢，過程中均已廣徵並參酌相關團體、專家、民眾之建言： 1. 本部 110 年 12 月 28 日至 111 年 3 月 1 日預告修正「牙醫專科醫師分科及甄審辦法」第 3 條、第 6 條新增植牙專科期間，接獲各民間團體就新增專科之配套措施、減少世代剝奪感之平等正義原則等提出意見。 2. 為維護甄審作業之公正性，復經 112 年 2 月 16 日「衛生福利部牙醫專科醫師訓練計畫認定會（下稱 RRC 會議）」決議，後續將朝向以本部自行辦理專科甄審作業之方式進行。

意見主軸	對應條文	意見內容	參採情形	回復說明
		3. 各部定專科草案訂定，歷來均邀請相關專科學會代表參與，並廣納不同立場意見，以符公平、公正、公開原則，惟本次植牙科專科草案訂定過程中，未見充分邀請植牙相關學會參與，建請補強溝通機制，廣納各界意見，以提升制度正當性及專業共識。 【牙醫師公會全國聯合會】		3. 為研議新增植牙專科政策及推動相關措施，本部前於 112 年 9 月函請 8 大牙醫院校、中華民國鑲復牙科學會、中華民國口腔顎面外科學會、臺灣牙周病醫學會、牙醫師公會全國聯合會、中華牙醫學會及中華民國醫院牙科協會等單位推薦專家，籌組「本部植牙專科醫師聯合甄審委員會（下稱植牙聯甄會）」，責成該會就甄審原則、訓練課程基準及訓練機構認定進行研議。 4. 本案之植牙科甄審原則、訓練課程、訓練機構等三項草案，於 115 年 3 月 5 日至 115 年 5 月 4 日踐行預告程序，各界得於預告期間提出政策建言，為審慎研處相關建言，本部業提報 115 年 6 月 2 日及 12 日植牙聯甄會與 RRC 會議討論；復於 115 年 6 月 22 日邀集植牙民間團體舉辦交流會，提供各界充分發言與雙向溝通之機會。
建議降低訓練機構門檻(不以準醫中為限)	植牙科專科醫師訓練機構認定基準「項目壹、訓練機構條件」	1. 植牙醫療之臨床量能廣泛分布於醫學中心、區域醫院、地區醫院及具規模之牙科專業機構。若訓練機構認定過度集中於醫學中心，恐無法充分反映植牙實務場域，亦可能限制受訓名額與病例多樣性。建議建立分級、多元且具品質監督之訓練機構認定制度。 【中華民國口腔植體學會】 2. 草案中規定僅能在醫學中心訓練，卻未探究現行醫學中心的資源有限，根本無法再納入非住院醫師的額外訓練，更遑論訓練案例的收集，僅增加廉價助手醫師而已，與教育養成的目的背道而馳。【個人意見】 3. 草案規定僅「準醫學中心以上」醫院可申請。醫師憂心這將導致大型連鎖體系或具備高端設備之診所喪失培育人才的權利。具體建議：放寬「訓練機構認定基準」。只要軟硬體設備達標，具規模之診所或聯合診所應可申請為訓練單位。 【台灣亞洲植牙醫學會】	不參採	各專科分科基於其進階知識、技術及於急重難罕醫療體系中之定位，就訓練機構、訓練課程、師資分別定有不同程度之要求，植牙專科醫師所應具備之能力並非僅是一般植牙技能，而須具備處理複雜性個案，及作為一般牙醫師植牙個案轉診之對象，其訓練機構資格應從嚴審認。復考量醫學中心肩負研究、教學以及急重症病患後送治療照護之責，並同時具備重、難症及特殊疾病之多元病例來源，及植牙醫學涉口腔顎面外科、牙周病科、鑲復補綴牙科三科專業領域，是以訂定申請作為植牙專科訓練機構之單位，得為本部認定公告、具備該三項既有專科訓練資格之準醫學中心以上醫院（自本基準發布生效之日起八年內適用之）。

意見主軸	對應條文	意見內容	參採情形	回復說明
建議放寬訓練機構師資資格	植牙科專科醫師訓練機構認定基準	1. 目前規劃由口腔顎面外科、牙周病科及贗復補綴科支援訓練，然在尚未設立植牙科專科醫師之前，恐形成「無專科難以設科、無設科難以訓練」之制度矛盾。訓練容額及師資來源需仰賴既有三專科，恐造成資源排擠及分配爭議。若涉及跨專科執業登記及訓練時數認定，建請明確規範，以避免發生資格不被認定之情形。現有三專科學員是否得透過補訓取得植牙專科資格，建議一併釐清。 【牙醫師公會全國聯合會】 2. 就訓練課程基準中所載：「訓練機構尚未設立植牙科前，受訓醫師得執業登記於口腔顎面外科、牙周病科或贗復補綴牙科其一專科。」本人建議可再審慎評估此過渡措施：由於上述三項專科之訓練目標、核心能力及臨床重點各有不同，若植牙專科受訓醫師於未設立植牙科之前，暫時登記於其他專科，可能造成： (1) 受訓身份與訓練目標不一致 (2) 受訓醫師對專科定位產生混淆 (3) 訓練過程中出現轉換專科認定之爭議 (4) 增加訓練機構行政管理之困擾 因此建議： **訓練機構應先完成植牙科正式設立後，始得招收植牙專科受訓醫師。** 至於植牙專科制度建立初期之師資需求，可考慮由口腔顎面外科、牙周病科及贗復補綴牙科等相關專科醫師擔任過渡期訓練師資，訓練機構負責人亦可由上述相關專科醫師兼任。相關過渡措施及年限，建議由甄審委員會進一步研議，以兼顧制度推動之可行性與專業品質。 【個人意見】 3. 草案要求每位指導醫師每年僅能訓練一名醫師（1：1 比例），將嚴重限制全國專科醫師產出總量。具體建議：提高兼任指導醫師	不參採	1. 就「無專科難以設科、無設科難以訓練」之意見：訓練機構基準項目「二、專任指導醫師」及「三、兼任指導醫師」規定聘有前述三專科滿三年以上之專科醫師，即可擔任指導醫師，故目前應備有初期指導師資量能。另訓練課程基準之備註欄，亦載明「訓練機構尚未設立植牙科前，受訓醫師得執業登記於口腔顎面外科、牙周病科或贗復補綴牙科其中一專科」，此配套已放寬認定執業登記之方式。 2. 考量植牙科專科醫師應具備處理複雜性個案之能力，為確保專科醫師具備處理重難症之品質與公信力，並維護其專科品質，故於制度過渡期間，採取三專科聯合訓練模式。另因植牙專科雖為三專科延伸之複合型科別，不表示原三專科之專科醫師等同具備植牙科完整進階知識及技術，故三專科師資無法逕自取得植牙科甄審資格。 3. 建議提高植牙科兼任指導醫師比例與放寬師資資格：植牙科於過渡期間採三專複合訓練模式，三專就植牙科之訓練仍須各有 1 專作為負責人，復考量植牙科專科醫師訓練期程較長，故宜由「專任」醫師擔任指導師資，以維持教學連貫性；又本草案已參照贗復補綴牙科、牙周病科訓練模式，設有兼任指導醫師，保留師資於各訓練機構教學之彈性，至於兼任師資得訓練之醫師數（規定每二名得訓練一名新進醫師），亦為多數專科訓練機構所遵循之原則，爰不予修正。 4. 相關規範澄清如下：按植牙科專科醫師訓練機構基準項目「壹、訓練機構條件」「三、人員」第三點規定專任護理師（士）至少一名。另為貫徹病人安全，同基準項目「四、訓練員額」第三點已明訂專任指導醫師同一時間指導之受訓醫師至多一名。 5. 針對容額計算，將於兼顧植牙專科培育需求、各專科資源配置、訓練機構量能衡平、維護訓練品質之原則下核算。容額

意見主軸	對應條文	意見內容	參採情形	回復說明
		的比重與認證年資靈活性（如將認定年資從 3 年放寬至 2 年），並適度增加每位導師可同時指導的人數上限。【台灣亞洲植牙醫學會】 4. 現行規定之師資條件及人力配置，實務上恐難以達成，影響制度推動。建議納入具豐富植牙臨床經驗之醫療機構及專業人員，以提升制度可行性與多元性。 【中華民國口腔植體學會】 5. 植牙科專科醫師訓練機構認定基準（草案）是須訓練牙醫師成為口腔顎面外科、贗復補綴牙科及牙周病科專科醫師之準醫學中心以上醫院，八年內，三個次專科共須配置專任護理師（士）一名，不僅罔顧護理分工之重要性，更漠視患者在此三個次專科時的安全性，和三個次專科間的協調性，更遑論未來植牙科專科科內的醫療安全！【個人意見】 6. 每 3 位分科專科醫師才能指導一位植牙專科醫師，試問，這樣的速度，要多少時間才能產出符合醫療需求的植牙專科醫師？再者，當植牙專科醫師產出後，他的老師竟然不具植牙專科醫師應試資格，如果他的老師想成為植牙專科醫師，還要拜入學生門下進行 4 年的訓練。尤其矛盾的是，即使醫院植牙科有多位有經驗的植牙專科醫師，仍舊不能自行訓練植牙專科醫師，還要拜託口外、牙周、贗復三科來協助訓練，這樣才能產出符合應試植牙專科醫師資格的牙醫師。那植牙科主任的位階在哪？怎麼看都矮人一截。 【台灣微創植牙醫學會】		計算方式將於訓練計畫公告徵求時說明。
建議一併採認植牙相關學會課程積分	甄審原則第七點	1. 口外、牙周病、贗復學會，認定是 1 小時 1 分。沒有植牙醫學會的學分認定。其他情形是 2 小時換 1 分，是否有自肥、利益迴避、歧視的現象。 【台灣植牙聯盟醫學會】 2. 在圖利醫學中心下的植牙科專科醫師甄審原則（草案），除了剝	部分參採	一、原草案內容係考量植牙科設置初衷為三專科進階科別，繼續教育積分將修正為三專科學會相關植牙科之活動始得採計；後續將視植牙科發展進程，滾動檢討學分採認規定。 二、本草案已廣納各式學術活動樣態，採認下列各款學分：

意見主軸	對應條文	意見內容	參採情形	回復說明
		削受訓牙醫師外，竟然還以學術活動累積學分壓榨植牙科專科醫師，不承認植牙科學會的學術活動。草案規定口外、牙周、贗復學會學分 1 小時算 1 分，既有植牙學會學分未被納入，其他情形 2 小時換 1 分，存在自肥與利益歧視。【個人意見】		（一）課程、活動參加中華民國口腔顎面外科學會、中華民國贗復牙科學會、臺灣牙周病醫學會舉辦與植牙科相關之學術活動、聯合病例討論會及教育課程，每小時一分；發表報告或演講者，每篇（次）六分；其他共同發表者，二分；實務示範，四分。 （二）擔任植牙科相關國際組織之主講者或指導者，每篇六分。 （三）於國內外醫學雜誌發表有關植牙科之論文，每篇第一作者或通訊作者，六分；其餘作者，每人一分。 （四）參加國內外公會、學會、學校及其他學術單位舉辦與植牙科相關之學術活動，每二小時一分；主講者，每次六分。 （五）於澎湖、金門、馬祖、綠島及蘭嶼離島地區，或本部公告之山地離島、偏鄉或醫療資源缺乏地區執業，參加中華民國口腔顎面外科學會、中華民國贗復牙科學會、臺灣牙周病醫學會舉辦之學術研討會及聯合病例討論會之積分，得加倍計算（應檢附當年度服務證明文件）。
訓練課程偏重口外與開業臨床實務脫節，建議再行研議	訓練課程基準	1. 植牙科專科醫師訓練課程基準草案的訓練要求內容較偏重於口腔外科訓練，且有許多治療項目是臨床上少用罕見的術式，另外還有急診和病房訓練，對於受訓醫師來說不但案例不易收集且不實用，也可能因需要受訓病例而排擠到口腔外科醫師的訓練，建議應適度調整至 3 科有較平衡合理的訓練量為宜。 【台北市牙科植體學學會】 2. 植牙科專科醫師訓練課程基準草案的訓練細則過細，因植牙技術日新月異，規定過細可能導致未來與實際臨床需求脫節，應考慮訂出大原則的訓練方向和較有彈性的訓練規範即可。 【台北市牙科植體學學會】	不參採	經植牙聯甄會訓練課程基準工作小組研議，植牙治療須整合口外、牙周、贗復能力，現行 4 年課程已兼顧各方核心能力與病人安全，故不修正。

意見主軸	對應條文	意見內容	參採情形	回復說明
		3. 植牙專科為牙科專科之一，植牙專科之核心能力，包括植牙治療計畫評估、植體手術與補綴整合、硬軟組織處理、併發症預防與處置、長期維護與風險管理等，以避免與既有口腔顎面外科、牙周病科、補綴科等專科之訓練內容重疊或界線不清。【中華民國口腔植體學會】 4. 草案中植牙科專科醫師訓練課程訓練項目（課程）繁多且與植牙技能無關，是牛頭不對馬嘴。植牙科專科的特殊性並非牙醫師熟悉的牙周病與口腔外科所能勝任，所以才有設立部定牙科次專科：植牙科專科，然草案中訓練項目（課程）不僅抄襲舊有的牙周病次專科與口腔外科次專科養成課程，標準更是有過之而無不及。臨床案例不足，現有的醫學中心都已經無法滿足牙周病次專科與口腔外科次專科養成課程要求，達不到評核標準（方法），又何德何能使植牙科專科醫師訓練符合評核標準（方法）？何況訓練項目（課程）與植牙技能無關！別忘了，草案中課程訓練項目（課程）是給未來實際從事植牙相關事項的專家養成教育。【個人意見】 5. 這部分的草案，一看就知道是由口腔外科醫師主筆的草案，內容的思維，只是從口腔外科醫師的經驗出發，而不是從一位臨床開業醫師的角度來看訓練的內容，所以會要求植牙醫師會切除口腔腫瘤、摘除唾液腺囊腫、繫帶切除、顱顏面缺損重建及照護住院病人，卻完全沒提到要有做假牙及用數位工具擬定治療計畫的技能或是用牙周手術維持牙齒周圍組織健康的訓練，看樣子，這份草案擬稿時，牙周及贗復代表的聲音被忽視了。植牙專科訓練訓練出來的醫師，最終會進入開業市場而非醫學中心，所以課程的內容，應該以開業診所的環境來思考，是否需要處理腫瘤的能力，就很容易有答案了。專科醫師的訓練，只是要讓這位被訓練的醫師在整個訓練課程結束時，擁有該專科的基本技術及知識，而且有獨立操作那些最常用技術的能力，而不是在這四年內就可		

意見主軸	對應條文	意見內容	參採情形	回復說明
		以訓練一位超級植牙醫師，什麼都做過的超級醫師，醫師的養成，需要時間、經驗、與心靈的成長。到底一位植牙醫師該懂那些東西？口腔外科醫師、牙周病醫師或顎復科醫師，各有各的看法，植牙專科，看樣子是想訓練一位醫師，自己植牙，自己完成顎復治療，如果是這樣，那第一年就要求得完成全口重建的病例是外行的想像，我猜執筆醫師心裡想的也許是全口無牙的患者，那不是真正全口重建的患者，因為一位全口重建的患者，可能需要垂直高度的重建、牙周、根管、矯正的配合，不是網在缺牙區植入植體跟在牙齒放上牙套而已，牽涉跨科的治療，一年的時間是很難完成的。我的建議是：請口外、牙周、顎復專科的代表，重新討論一個合理的訓練內容。一開始著重基本知識與技能，譬如骨頭的解剖與生理，全身疾病與用藥的評估、鎮靜麻醉的用藥與技術、牙周瓣膜、軟硬組織重建、美觀區域的處理、製作傳統固定及活動性假牙、臨時假牙與立即負荷、及跨科協同治療的能力，然後再進入植牙技術、感染與失敗病例的處理，著重於完成一個全人治療（Comprehensive Care），而不是哪個步驟或種了多少根植體、什麼樣的植體。學習的紀錄，採 Portfolio 的方式，記錄一位患者的治療過程及心得感想，訓練內容必須有當代文獻討論（Current literature review），經典文獻討論（Classic literature review），教科書討論（Book review），專題討論，及病歷報告。評估的方法要明文規定，有期中（兩年結束）跟期末評估（四年結束）。是否要有學術論文或壁報、口頭報告，也要列明清楚。醫師訓練基準評估可分熟悉跟專精兩個程度，前者著重於原理的瞭解，後者除了瞭解外還要熟悉操作步驟。【個人意見】 6. 針對要求完成「20 例植牙與 20 例牙周翻瓣」之規定，應進一步明確化「病例複雜度」之定義。數位科技納入：強烈建議將「數位口掃」、「3D 列印手術導板」及「電腦導航植牙」等現代技術明確列入四年期的評核指標，以符合目前牙科產業的發展方		

意見主軸	對應條文	意見內容	參採情形	回復說明
		向。 【台灣亞洲植牙醫學會】 7. 本會為國內唯一以微創為宗旨，追求病患身心靈滿足為目標的植牙醫學會。但在貴部訓練課程中，完全沒有涵蓋微創觀念與術式的訓練，這明顯與病患的期待背道而馳；更顯示擬定訓練課程草案人員的觀念未具前瞻與全面。如此養成訓練出來的「植牙專科醫師」，能夠符合大多數病患對於少刀少痛快速有牙的期待嗎？本會主張，若貴部真為民眾著想，應該大幅增列微創術式的指導與訓練。若貴部無從尋覓人才，本會樂於推薦多位在微創領域，手術與教學經驗豐富的醫師，協助擬訂微創植牙觀念與術式綱要。 【台灣微創植牙醫學會】 8. 部分訓練內容偏重口腔顎面外科領域，與一般植牙臨床實務之關聯性尚有落差。部分病例要求屬低發生率或非主流項目，臨床上不易累積，建議審酌調整。急診訓練之必要性亦建請再予評估，以符實際需求。考量植牙技術持續發展，建議課程規範保留適度彈性，以利未來調整。【牙醫師公會全國聯合會】		
支持現行課程基準	訓練課程基準	1. “人工植牙”絕對不是只是在缺牙區域的骨頭上鑽一個洞、然後放植體進去、取模型、黏假牙這麼簡單！真正的人工植牙專科醫師的評核，除了考核這位醫師植牙與植牙贗復的專業能力之外，更重要的是評核專科醫師候選人對一個牙齒的是否應該拔除或是仍可以繼續保存、除了植牙以外有無其他替代方案、如何提供患者長時間的口腔衛生維護治療計畫等面向！否則植牙專科醫師淪為“專門植牙的醫師”、“只會植牙，不會看病人生理狀態”、“想做植牙找我，有其他問題/併發症找別人”的專科醫師，絕非台灣民眾之福，也不符合政府費心成立“人工植牙專科”的目的。聖經說，不要差羊入狼群，試想，人性禁不起考驗，加上劣幣驅逐良幣，如果有一天，所有牙醫師的治療計畫都只剩下拔牙與植牙，		同上。

意見主軸	對應條文	意見內容	參採情形	回復說明
		對台灣民眾的口腔衛生是多麼嚴重的危害。西醫的“直美”已經證實了台灣年輕一輩功利主義盛行的問題，殷鑑不遠，請長官們對植牙專科醫師這個議題絕對不可不慎，更不可輕易退讓！台灣已經出現好幾位患者進行全口植牙之後過世的消息，其背後原因就是執刀牙醫雖然熟悉植牙技術，但是缺乏評估患者傷口狀態或是全身健康狀態的能力，無法發現患者已有感染問題，應即時移除有問題的植體或是轉送醫院，而只會開藥或是觀察，導致錯過治療契機，導致患者死亡。而在牙科各專科的訓練中，唯有足夠時數的口外相關訓練（病房或是急診值班、骨內病變的處理等），才能從根本改變這些問題。【個人意見】 2. 建議植牙專科受訓年限四年之規劃相當合理，應予維持：對於公告草案中植牙專科訓練年限訂為四年，本人認為相當合理，並予以支持。植牙專科醫師之培養，不僅需熟悉植牙相關之手術技術，包括拔牙後即刻植牙、骨增量手術、軟組織處理、鼻竇增高術及困難病例處置，同時亦須具備完整之贗復補綴能力，包括單顆植牙、固定式全口重建、活動義齒整合治療、咬合重建及植牙併發症之補救處置。目前與手術相關之口腔顎面外科、牙周病科，以及與重建相關之贗復補綴牙科，其專科訓練均需二至三年。植牙專科須同時整合手術與重建兩大核心能力，因此四年訓練期符合專業養成需求，亦符合病人安全原則。【個人意見】		