



## 論專科醫師制度 (本文轉載自《桃園牙醫》)

作者：趙文煊 醫師  
前中華民國兒童牙科醫學會理事  
長  
孩子王牙醫診所負責人

民國 88 年當口腔外科及口腔  
病理科通過成為衛生署認定之專  
科醫師後，許許多多的學會也希  
望成為下一個衛生署認定之專科  
醫師。這自然引起廣泛的討論，

在這些討論中，可以確定的一個共識是：專科醫師可以提升牙醫整體的水準，是牙醫界努力的目標。於是不論中華牙醫學會或全聯會都設有推行小組，進行研究、討論與溝通，希望能找出一個良好的制度使專科醫師制度能上路。一轉眼 10 年過去了，沒有一個完美的制度產生，中華牙醫學會與全聯會還是無法達成共識。是真的我們無法達成共識，或是真的沒有符合牙醫界的專科醫師制度存在嗎？

### 專科醫師制度發展的重要

為什麼要建立專科醫師制度？衛生署建立專科醫師制度之主要目的：「鼓勵醫師接受完整臨床專業訓練，促使其不斷吸收醫學新知，以提升我國醫療服務品質，照顧國民健康」。建立專科醫師制度的目的很簡單：在提升醫療品質。世界先進國家在口腔醫學的範疇中皆有專科制度的存在，我們國家的口腔醫療比起周遭的國家，水準很高，卻遲遲沒有更進一步的分科，這將會阻礙未來的進步。也許有人會說現今牙醫界這麼多的在職教育，怎麼會阻礙未來的進步？請牙醫界細思量一下，這些的在職教育，屬於衛生署的範疇，無法進一步幫助到學校，那是屬於教育部的範疇。專科醫師制度不建立，教育單位對整體牙科的研究補助、教育補助等就只有醫科的幾分之一，於是牙科出現師資不夠，研究經費不夠等困境，幾年之後，牙科只是個賺錢的行業，沒有研究發表，無助於醫療水準改進的行業，我們現在努力的社經地位，將不會被人重視。再者，牙醫界目前已有在職教育，專科醫師制度還需要發展嗎？這兩者是可以互相幫助，卻不可互相取代的，因為專科醫師制度為醫師整體系列的訓練，在職教育是點的訓練，專科醫師制度是線的訓練。

## 專科醫師制度為人的訓練

其實，專科醫師制度只是透過一個制度規範，來訓練在某一範疇更精進技術的醫師，就像一些企業要爭取 ISO 的認證一樣。它是否是一種榮譽或地位階級的象徵，因人而異，但如果這個制度沒有排他性，任何想要精進某一門技術的醫師皆可參加，藉以得到技術、榮譽、地位或階級，為何要阻止它？不然是否不准說自己是留美醫師或留日博士醫師，因為這也會造成階級，自認高人一等。有人提出質疑，專科醫師可以提升牙醫整體的水準嗎？口腔外科及口腔病理科通過成為衛生署認定之專科醫師後，有提升牙醫整體的水準嗎？有的。我們要看一些事實，專科化前口腔癌、顏面外傷皆轉去大醫院，專科化之後醫院被要求必須設有口腔外科，透過專科醫師制度訓練出的口腔外科醫師，就可以為各醫院所聘用，現在從南到北很多醫院皆可以治療口腔癌、顏面外傷的病人，原本這些手術是由整形外科或耳鼻喉科動的手術，也轉移回到牙科，對於病人才能給予更好、更正確的治療，也提升牙科的地位，當然提升了牙醫整體的水準。也許一般牙醫師感受不到，忽略去感受口外成為專科的好處，事實上牙醫師卻已獲得它的好處。口腔外科通過成為衛生署認定之專科醫師後，從前轉診只能「去台大、榮總治療」，到目前各大醫院皆有成熟的口外醫師，可以讓大家轉診，一般牙醫師只要告訴病人「去大醫院治療」就可以，口外的普遍性就是專科醫師制度的成果，其成為一般牙醫師的救援部隊。口外成為專科醫師對民眾及一般牙醫師都是正面的，當然提升牙醫整體的水準。

反過來說，口外成為專科醫師對民眾及一般牙醫師造成什麼不良的結果，會使的大家不放心專科醫師制度的推行嗎？如果答案是否定的，牙醫界（特別是全聯會）應該來推動專科醫師制度，它只是一個制度規範，來訓練在某一範疇更精進技術的醫師，想更精進技術的醫師可以透過這個制度磨練更好的技術，如果不想精進在某個特殊範疇精進技術的醫師，可以不考慮成為該科的專科醫師。

## 專科醫師的排他性

舉凡世界先進國家在口腔醫學的範疇中皆有專科制度的存在。但是，一牽涉到健保事務，就產生異議。最大的癥結點就是認為專科醫師會壟斷一些健保給付項目，使一般牙醫師受害。其次就是只有醫院的醫師才能受訓成為專科醫師，造成排他性。

關於健保事務，跟專科醫師制度是沒有關係的。專科醫師制度只是委託專科學會審核醫師是否具有更精進技術，當該醫師具有更精進技術時，便認可其為專科醫師。是否因此就應該多得一些健保給付，跟專科學會、專科醫師制度、專科醫師無關，跟健保局委託執行健保業務的全聯會有關。如果全聯會認定沒有不同工的情形存在，自然就同工同酬。健保的制度的規劃，依據法令是屬於全聯會的執掌範圍，與專科醫師一點關係皆沒有。目前口腔外科已是衛署專科醫師，其所

有的費用核撥，皆以全聯會的審核為準，與口外專科學會一點都沒關係，任何給付費用的變更皆由全聯會決定。

釐清了健保的疑慮，另一個讓大家憂心的就是所謂「法律的排他性」，一般牙醫師怕專科醫師制度實施後，一般牙醫師無法執行現在業務。關於這點衛生署及律師都已說明，從法律觀點上，專科醫師制度實施不會造成一般牙醫師無法執行現在業務的情況，像口外專科醫師實施，一般牙醫師還是可以從事口外的醫療業務，牙醫師執行牙科業務，這反而是受到法律保障的。還是有醫師擔心如果患者與醫師發生訴訟，法官會以此責難一般牙醫師，如果會發生嚴重到需要訴訟的醫療糾紛，應該先探討為何該醫師不顧患者的權益，作超過自己能力的事，而不是譴責專科醫師制度；而且沒有專科醫師制度，法官還是會責難不顧患者權益的醫師，不論他是一般牙醫師還是專科醫師。作為一個醫師，我們應該知道維護患者的權益，是我們應守的基本醫德，相信只要我們自覺是超過自己能力範圍以外的病人，我們也會轉診，較不可能發生前述現象。另外一個令一般牙醫師憂心的是所謂「實質的排他性」，一般牙醫師怕患者會質疑牙醫師，不是專科醫師，為何作專科醫師的業務。其實，患者求診，是基於良好的醫病關係，對醫師的信賴，專科醫師也不一定獲得患者信賴；一般牙醫師也可以告知患者法律或自己的訓練是可以執行該業務，以幫助患者；再者一般牙醫師也可以成為家庭牙科專科醫師，以解決可能在心理上造成所謂「實質的排他性」的疑慮。

### **需要人人成為專科醫師嗎？專科醫師制度該由何人認定？**

需要人人成為專科醫師嗎？這是不需要的，在討論專科醫師制度時，大家常參照美、日等國的制度，以美國 ADA 在 2005 年所作的調查，全美約 17 萬 6 千位牙醫師，16 萬 2 千位為開業醫，其中 80.47% 是一般牙醫師，專科醫師只佔 19.6%，跟國內的情況差不多。所以，專科醫師制度推行對牙科生態會造成影響，但應在有限範圍之內。如果一般牙醫師還有疑慮，可以使自己成為家庭牙科專科醫師，一起加入專科醫師制度中，就不會有階級、地位不對等的疑慮，也可以鼓勵全體牙醫師一起提升醫療水準。

剩下最後的問題就是誰來認證，為什麼是政府衛生署認定，我們牙醫界認定不是更好嗎？美、日兩國皆是牙醫界自己認證，我們也可以仿效，不要政府干預，達到自主管理之效。這當然好啦！但是 10 年過去了，卻為何不見任何牙醫界版的認證制度？因為中華牙醫學會希望是衛生署認證，全聯會雖然沒有任何結論，但相信不希望由全聯會來認證，因為如此一來專科醫師制度就透過全聯會的角色與健保事務牽扯上關係，全聯會認證的專科醫師健保給付要不要加倍，所謂「同工同酬，不同工不同酬」。中華牙醫學會與全聯會兩者間存在很大的歧見，也使專科醫師制度難產。

筆者認為應該是由衛生署認證，理由是我國有法律叫做「專科醫師分科及甄審辦法」，其中第七條說：中醫師、牙醫師之專科醫師分科，由中央衛生主管機關訂定之。所以牙科的專科醫師制度自然該依據此法由衛生署認定。美、日等他



國並沒有這些法令規定，自然不用政府機關認定。事實上衛生署不希望牙科再分科，以免有管理的問題，多一事不如少一事。牙醫界要自主管理，不受政府干預，就應該自己決定我們要不要分科，要，就請衛生署依據「專科醫師分科及甄審辦法」辦理，這才叫決定權在自己手中，自主性在自己手中。但是，最重要的是，美國是一個相當尊重專業的社會，ADA 與各學會訂定的制度，可以跟政府的衛生部門、教育部門互相銜接與承認。我們牙醫界自己定的辦法，衛生署同意嗎？可以銜接教育部嗎？現在連醫界訂定的臨床教職，如臨床教授、臨床副教授等，教育部都不承認，牙醫界要如何自主管理，自訂整個體系呢？

### 如何取得專科醫師？

牙醫師或全聯會的主事者往往沒有了解專科醫師的制度與其辦法，只聽其名，就感到憂心，這是不了解實際情況所造成的「杯弓蛇影」效應。可以查詢法律書籍中醫療法的專科醫師法，找尋醫科或口外的專科醫師制度作為參考；或上網查詢口腔外科學會網站，其中也有相關辦法。衛生署專科醫師相關辦法主要涵蓋三個部分：**專科醫師甄審辦法、專科醫師訓練課程綱要、專科醫師訓練機構認定標準**。專科醫師甄審辦法，主要說明如何取得專科醫師的資格；專科醫師訓練課程綱要，主要說明專科醫師的訓練要求；專科醫師訓練機構認定標準，主要說明專科醫師的訓練機構須具備的標準。當大家審視這些辦法後，就會發現專科醫師制度只是一個制度規範，來訓練在某一範疇更精進技術的醫師，不牽涉任何權益分配，獨占排外的權謀情事。當大家審視這些辦法後，還會發現在專科醫師訓練機構訓練的醫師需整天浸淫在專業治療中，還要接受病例討論、文獻回顧、專題探討等課程，並在學會大會提研究報告，這些是一般牙醫師都不見得有參與的。而且透過考試與病例報告，確定這個牙醫師夠技術成爲一個專科醫師。其中的辛苦，值得給予公平的認證肯定。重要的是，辦法是公平地對任何一位牙醫師，提供其成爲專科醫師的管道。

行政院衛生署在第三次「牙科專科醫師制度籌畫相關事宜」工作小組會議中，確立了專科醫師甄審原則、專科醫師訓練課程綱要、專科醫師訓練機構認定標準的原則。以下就其原則中的重點摘要說明，帮助大家去除疑慮，更希望大家能成爲專科醫師。

### 衛生署專科醫師甄審原則：

二、牙醫師符合下列各款資格之一者，得參加專科醫師甄審。

- (一) 在國內專科醫師訓練機構接受兩年以上完整之專科醫師訓練，並持有該醫院發給之訓練期滿證明文件者。(訓練機構包含醫院與診所。)
- (二) 領有外國之兒童牙科專科醫師證書，經本署認可者。
- (三) 凡從事某專科臨床治療滿六年以上(含)，並呈報該醫師親自治療完成之不同且紀錄完整之病例數個以上(含)，並經認可者。(此

條例及可能在專科醫師制度推行 5 年後取消，衛生署希望訓練能回歸到訓練機構為之。)

三、專科醫師甄審分筆試、及口試部分，筆試及口試均及格者為合格。筆試不及格者，不得參加口試，口試不及格者及甄審案例不及格者，筆試及格成績得保留五年。

四、筆試以選擇題為主，以中文命題（專有名詞部分得用英文），其內容範圍包括與專科有關之各基礎及臨床學科。（筆試以選擇題為主，不是隨便出些問答題來為難大家。）

九、專科醫師證書有效期限為六年，期滿每次展延期限為六年。

十、申請專科醫師證書有效期限之展延，應於專科醫師證書之有效期限六年內，參加下列學術活動之積分至少二四〇分以上，其中第一款至第五款之學術活動積分至少需達一八〇分以上。（再教育的學分，較目前的 6 年一八〇學分皆增加。）

**專科醫師訓練課程綱要原則：**

**各專科不同，基本包含：**

完成訓練所需時間：一、專科醫師訓練期間，可連續或分期（每期至少一年）或分別在其他合格之訓練機構完成。二、受訓合格者，須由該機構核結（畢）業證書以資證明。

訓練期間治療病例之最低要求量。

專科訓練之基礎生物醫學課程及臨床牙醫醫學課程：課程可在衛生署認定合格之訓練機構獨或聯合開課。

相關醫學學科如：1. 急救課程、2. 感染控制、3. 醫學倫理等。

**專科醫師訓練機構認定標準原則：**

壹、訓練機構條件：衛生署認定之兒童牙科訓練機構（可以為訓練醫院或訓練診所）

一、醫療業務：訓練機構至少應能提供足夠上述病例要求之各種不同類型之病例，足夠訓練專科醫師之臨床能力。

二、醫療設施及設備。

三、人員：專科指導醫師、專科兼任指導醫師、助理等。

四、品質管制、品質評估指定項目：具有病安全及醫療品質相關作業。

貳、教學師資

一、科主任／訓練負責人、二、專任指導醫師、三、兼任指導醫師

參、教學設備

## 一、教學場所、二、教學設備

### 肆、教學內容

#### 一、教學課程須符合專科醫師訓練課程綱要

#### 二、教學活動：病例討論會、跨科討論會、文獻討論會、專題討論會、受訓醫師參加醫學會之學術活動、醫師投稿於醫學會之刊物、受訓醫師在受訓期間在醫學會提出報告等。（需附表列出過去一年各討論會主題及主持人，會議記錄請保留於評鑑時備查。）

牙醫界可不是小鼻子、小眼睛，我們在追求合理制度與社會地位的努力，一直是從大處著手。我們必須回到專科醫師制度的真正意義：鼓勵醫師接受完整臨床專業訓練，促使其不斷吸收醫學新知，以提升我國醫療服務品質，照顧國民健康。當我國的國民正為口腔癌、牙周病、兒童齲齒而苦，中華牙醫學會與全聯會當努力推動專科醫師制度，讓國民能夠受惠的口腔外科、牙周病科、兒童牙科、家庭牙醫科、牙髓病科等，牙醫界不應分彼此，造成對立，中華牙醫學會推動專科醫師制度在提升我國醫療服務品質，照顧國民健康。全聯會也在努力推動國民口腔健康，如：照顧身心障礙的民眾、偏遠離島的民眾、無牙醫鄉的民眾、唇顎裂的民眾、4歲以下的孩童。哪來的專科醫師與一般醫師的對立，我們的目標是一樣的，皆在促進國民口腔健康。其實每一個專科皆可以對健保有貢獻。希望藉由本文的說明可以讓大家對專科醫師制度更了解、更支持、更希望大家都能成為某一範疇的專科醫師。

## 《參考資料》

1. 醫療衛生主要法規行政院衛生署編印，民84年10月。
2. 實施台灣地區醫院牙科評鑑之首部曲—現況調查。  
黃耀慧、姚振華，台灣牙醫界 2003年22卷10期12頁至15頁
3. 牙醫院所該普查囉？鄭信忠，台灣牙醫界 2003年22卷10期16頁至17頁。
4. 牙科專科醫師制度座談會暨問卷調查報告。  
鄭信忠，台灣牙醫界 1999年18卷11期52頁至59頁
5. 口腔病理專科醫師甄審原則、訓練醫院認定標準及訓練課程。  
台灣牙醫界 2001年20卷7期29頁至34頁
6. 深思牙科專科醫師制度。  
黃涌禮，台灣牙醫界 2003年22卷2期17頁
7. 看看別人，想想自己，全球口腔醫療人力之省思。  
黃耀慧、姚振華，台灣牙醫界 2003年22卷12期20頁至23頁
8. 中華民國口腔顎面外科學會辦理九十一年度「口腔顎面外科專科醫師甄審」初審工作簡章。

台灣牙醫界 2002 年 21 卷 9 期 46 頁

9. 公告九十一年度口腔病理科專科醫師訓練醫院認定合格名單、資格效期及訓練容量。

台灣牙醫界 2002 年 21 卷 8 期 37 頁

10. 中華牙醫學會第二次『牙科專科醫師制度』座談會紀要。

鄭信忠，中華牙醫學會會訊 1999 年 146 期 13 頁至 19 頁

11. 中華民國牙醫師公會全國聯合會第三次『牙科專科醫師制度』座談會紀要。

鄭信忠，台灣牙醫界 2000 年 19 卷 5 期 53 頁至 62 頁

12. 從一個重要提案的挫敗談起－如今世道已慣，此心依然期盼－李勝揚，2006 年 7 月 11 日。

13. 中華牙醫學會與各專科醫師學會第一次座談會議紀錄。

李勝揚主持，民九十五年三月二十五日於台北聯誼會

14. 「中華牙醫學會推動牙科專科醫師制度立場說明書」。

中華牙醫學會理事長：李勝揚

教育學術委員會主委：黃焯興

專科醫師制度推動執行長：江俊斌，民 95 年 1 月 20 日

15. 「中華牙醫學會及中華民國牙醫師公會全國聯合會溝通會議共識決議」。

李勝揚、詹勳政等，民 95 年 1 月 18 日於御書園西餐廳

16. 「齒顎矯正專科醫師甄審辦法溝通會議共識決議」。

李勝揚、詹勳政、蘇志鵬等，民 95 年 1 月 18 日於御書園西餐廳

17. 研商「牙科專科醫師制度籌畫相關事宜」第三次會議紀錄。

行政院衛生署、醫策會、全聯會與各專科醫學會，民 97 年 5 月 6 日

18. ADA Survey Center : Distribution of Dentists in the United States by Region and State, 2005。

Pediatric Dentistry Today, November, 2007