

用。其次在初期可先研擬跨校聯合教學方案或跨校支援計畫，以彌補各校教學師資的不足。由主管單位、牙醫師公會全國聯合會以及中華牙醫學會共同來補助教師跨校教學的車馬費與講員費。

第四節 牙醫人力規劃

牙醫人力的規劃與教育的目的是希望能培養「質」與「量」均優的牙醫師，應建立國人口腔健康之指標，作為醫療品質提昇及醫療技術改良的參考數值，對國民口腔醫療上的需求擬定對策，並規劃牙醫師人力之供需。牙醫師在診療工作上，應逐步以預防醫學保健、增加國民自主口腔保健意識為主軸，以減少牙醫師的工作負擔。另外也應訂出合理的牙醫師工作時數，以同時兼顧牙醫師的生活品質，並同時對牙醫師執業狀況加以審視，才能做到維持牙醫師於執業上的高度熱忱與服務，與全民口腔健康為最高的目標，並以這個目標來規劃所需之牙醫師人力。並於規劃上做各牙醫專科領域均衡發展的方式或機制，以減少因市場機制讓熱門專科發展快速而使牙醫人力規劃整體策略失衡。

但是近年來由於教育部大力推動國內多元入學管道，同時又有許多國外畢業生回台考照並執業，若總體牙醫師人力不做適當的規劃，在2020年後，牙醫師人力將會有短期即迅速失衡的危險，因此牙醫人力的規劃是刻不容緩的；應該維持長期以來醫師總量管制的機制應用於牙醫師總人數上，對於牙醫師的負荷量上，以牙醫師服務人口數維持1900-2000人左右為目標。因此建議針對國外牙醫系畢業學歷之認證，特別是歐盟、美國等九大地區及中國大陸，有更明確有效的規範。可考慮評定國外學校牙醫教育的等級，國外臨床實習與課程是否完備等，給予不同的認定（原則上要在台灣衛生主管機關認證的教學醫院實習，實習地點則由衛生署統一分發），或甚至所有外國牙醫系

畢業生都要考學歷認證。國家考試應請考選部「牙醫專業審議委員」參考其他國家的經驗，研擬增加模擬實作考試（Bench test）或做其他考試上的調整，這部份需要儘快規劃考場、設備和流程等；也必需檢討因目前推動之多元入學（包括外交人員子女、繁星專案、原住民、僑生、轉學轉系等）招生管道外加了許多的招生名額，也影響學生的教育訓練。**未來應整合教育部、考選部、衛生署以及牙醫界，定期召開會議擬定相關的因應措施，將各牙醫學系入學學生數控制在350人／年為原則。**同時在人力規劃上希望也能考慮到「城鄉分佈」、「垂直與水平分工與整合」、「生產力彈性係數」、以及「牙醫醫療服務模式的大型化（larger and more integrated）、複雜化（sophisticated）與多元化（diversity or heterogeneous）」等議題。

第五節 牙醫師城鄉分佈差異大

現況牙醫師執業地區分佈不均的問題仍舊存在，自從我國實施全民健保暨總額管制之後，民眾的口腔狀況已有明顯改善，但牙醫師分布地區不均則是不爭的事實，因健保分區的影響，在牙醫師密度越高的地區，牙醫師從事健保醫療服務太多，給付的單點點值反而下降，這對於以往牙醫師服務人口數高的縣市確實達到了鼓勵牙醫師前往執業的效果。但是目前在嘉義、金門、苗栗、雲林、屏東等縣份，則每位牙醫師服務人口數仍在4000人以上。以面積來看，我國約有29%面積是無牙醫師執業的地區，另外約有26%的鄉鎮地區是只有一位牙醫師開設牙醫診所，總體牙醫資源缺乏地區面積超過了55%，應擬定相關策略來改善牙醫醫療資源分布不均的情形。經由健保給付制度上的規劃，例如：給付點值的保障或加成，或者針對偏遠地區直接採取保障點值的做法，應可進一步改善某些縣市平地鄉鎮區的牙醫醫療服