

2024年12月13日
討論文件

立法會衛生事務委員會
口腔健康及牙科護理工作小組總結報告和
2021年口腔健康調查報告

目的

本文件向委員簡介「口腔健康及牙科護理工作小組」總結報告和《2021年口腔健康調查報告》，及闡述政府因應總結報告而訂立的口腔健康行動計劃。

背景

2. 行政長官在《2022年施政報告》中宣布成立口腔健康及牙科護理工作小組（工作小組），檢視現行服務，並就加強服務範疇和模式向政府提供意見。工作小組由醫務衛生局常任秘書長擔任主席，成員包括十三名非官方成員和五名當然成員，當中非官方成員包括來自牙科專業、醫療界、社福界、病人組織、政府資助牙科護理項目的協作非政府組織代表，以及相關社會賢達。工作小組在任期內舉行了七次會議，於2023年12月發表中期報告，並於今年3月向委員簡介報告。工作小組於今年12月6日發表總結報告，總結工作小組的討論重點及向政府建議的政策方向。總結報告已載列於附件一，並已上載於醫務衛生局網頁¹。

總結報告摘要

檢討方向

¹ 醫務衛生局網頁：

http://www.healthbureau.gov.hk/download/press_and_publications/otherinfo/241200_dental/c_final_report.pdf

3. 工作小組首先確定檢討口腔健康及牙科護理體系的方向：

- (a) 強調口腔健康是構成身體健康的重要一環，而預防性口腔護理應是基層醫療健康的組成部分；
- (b) 市民依照牙科專業指導做好預防性口腔護理，可以在年長階段仍然相當大程度保存牙齒；以及
- (c) 政府應建立以預防為重的基層口腔健康護理體系，減少對牙科治療的需求，以提高口腔健康及牙科護理體系的效率，和提升市民口腔健康的效果為目標，以使政府持續投放於口腔健康和牙科護理的資源，運用得更具成本效益和可持續性，達致促進市民口腔健康和身體健康的政策目的。

市民口腔健康狀況

4. 工作小組檢視過往及最新的口腔健康調查結果，認為：

- (a) 政府歷年推行多項口腔健康公共衛生措施，有效改善市民口腔健康，蛀牙普遍程度下降，長者保存牙齒數目亦持續上升；
- (b) 香港 5 歲及 12 歲兒童的蛀牙程度，以及長者失去所有牙齒的比率，與全球各地比較位於相當良好的水平；以及
- (c) 市民仍然面對牙患和失去牙齒的風險，需要加強預防。

現有服務範圍及成效

5. 工作小組檢視現有口腔健康措施及牙科服務的範圍及成效，發現：

- (a) 政府過去多年一直大幅增加投放於各項直接提供或資助牙科服務的資源，但資源的使用「重治療、輕預防」，亦未有通盤及充分考慮投放資源於不同項目的相對成本效益；
- (b) 資助牙科服務中，缺乏足夠措施引導服務使用者使用預防性牙科服務，亦沒有足夠手段監察牙科服務使用情況；以及
- (c) 基層口腔健康護理特別是預防性牙科服務應該獲得更優先的關注，有關服務仍有很大的發展空間。

口腔健康政策

6. 工作小組參考了世界衛生組織於 2021 年通過的口腔健康決議和《口腔衛生全球戰略和行動計劃（2023-2030 年）》，以及國家衛生健康委員會於 2019 年公布的《健康口腔行動方案（2019 年-2025 年）》，建議政府採納以下的口腔健康政策：

- (a) 口腔健康是構成身體健康的重要一環。政府口腔健康政策目標，是要令全港市民能夠改善口腔衛生和生活模式，進一步提升口腔健康及身體健康水平；
- (b) 政府透過宣傳、教育、推廣及發展基層口腔健康及牙科護理，協助全港市民自我管理口腔健康，實踐重預防、早發現、早治療牙患，以保存牙齒；以及
- (c) 政府聚焦為有經濟困難和特殊需要的弱勢社群，提供適切的口腔健康和牙科護理服務，務求確保該等社群能獲取必需的牙科護理。

口腔健康及牙科護理體系發展策略

7. 工作小組建議政府應該將口腔健康及牙科護理體系現時「重治療、輕預防」的傾向，扭轉為「重預防、早發現、早治療」的方向。未來政府應該積極發展並主力投放資源於基層口腔健康護理，以合適的提供或資助服務模式引導市民使用着重預防的口腔健康和牙科護理，並聚焦為有經濟困難和特殊需要的弱勢社群提供補助牙科治療服務。

8. 工作小組認為向全港市民不論經濟能力，以公帑提供或資助全面的治療性牙科服務，並不符合發展以預防為重的口腔健康及牙科護理體系，以及鼓勵市民為自己的口腔健康負責的政策目標，會加劇現時「重治療、輕預防」的弊端，在公帑運用上不具成本效益亦不能持續，政府財政上無法負擔亦會擠兌可用於其他醫療服務的資源。

9. 工作小組就未來政府發展口腔健康及牙科護理體系和投放資源，建議採用「做闊做淺、做窄做深」的策略：

- (a) 做闊做淺 – 積極發展以預防為重的基層口腔健康護理，廣泛地向全港市民按不同年齡層推廣，協助市民自我管

理口腔健康，建立良好口腔衛生習慣和生活模式，並自覺接受定期口腔檢查及風險評估；以及

- (b) **做窄做深** – 聚焦地為較難獲得牙科服務的弱勢社群，包括有經濟困難人士、有殘疾或特殊需要人士及高風險群組，以公營或資助模式提供必需的牙科服務，包括預防性和治療性的口腔健康及牙科護理服務。

口腔健康行動計劃

10. 政府認同工作小組建議的方向，並已因應工作小組的各項策略建議，制定相應的口腔健康行動計劃。按「做闊做淺」的策略，行動計劃涵蓋下列各項將於明年內推出的措施：

- (a) 在個別地區康健中心／地區康健站試行服務，提供風險評估及口腔衛生指導；
- (b) 為 0-6 歲的學前兒童增設預防性牙科服務，向他們提供定期口腔檢查及護理指導；
- (c) 推出「青少年護齒共同治理先導計劃」，透過政府資助及市民共付形式，引導 13-17 歲的青少年建立定期接受口腔檢查的良好習慣；
- (d) 鼓勵市民接受定期口腔檢查。成年人方面，鼓勵提供牙科福利的僱主，在現有的牙科福利計劃中，推動僱員定期接受口腔檢查；鼓勵牙科業界制訂適合不同年齡層市民的口腔檢查服務必要項目；以及
- (e) 鼓勵長者善用醫療券接受牙科檢查，利用 2023 年推出的「長者醫療券獎賞先導計劃」，通過與業界共同推廣口腔檢查服務，引導長者使用醫療券接受以預防為主的牙科服務。

11. 按「做窄做深」的策略，行動計劃將推動以下措施：

- (a) 明年內推出「社區牙科支援計劃」，為有經濟困難的弱勢社群（包括有經濟困難的長者）提供牙科服務，提升服務量、增添服務點和擴展服務範圍。此計劃亦利用非政府組織及社福機構服務弱勢社群的網絡，將服務擴展至現時未獲覆蓋的個別特定弱勢社群。除了脫牙服務，「社區牙科支援計劃」亦提供補牙服務，在牙醫認為適合的情況下，

鼓勵保存牙齒。政府會在 2026 年內透過此計劃接替關愛基金牙科資助項目；

- (b) 持續優化衛生署牙科街症的服務安排，衛生署將於今年 12 月 30 日推出牙科街症網上登記系統，並考慮引入資格審查，聚焦幫助有經濟困難人士；以及
- (c) 持續擴展特殊護理牙科服務，進一步覆蓋其他殘疾或特殊需要群組，並加強醫院牙科相關服務及提供更多培訓。

12. 在增加和強化口腔健康及牙科護理人手供應方面：

- (a) 衛生署已經展開非本地培訓牙醫的招聘工作，爭取於 2025 年第一季透過新增的有限度／特別註冊機制，引入第一批非本地培訓牙醫來港服務；
- (b) 政府會繼續增加牙科衛生員及牙科治療師的培訓名額，增加牙科護理專業人手，提升口腔健康及牙科護理包括洗牙、補牙及脫牙等服務容量；以及
- (c) 政府會繼續留意社會對口腔健康和牙科護理的需求和業界的人手狀況，定期進行牙醫及牙科護理專業人員的人力推算規劃，調整培訓名額及學費資助。

13. 在發展醫健通以涵蓋牙科服務方面：

- (a) 即將推出的「青少年護齒共同治理先導計劃」和「社區牙科支援計劃」，以及未來推行的其他策略性採購牙科服務，均會要求參與的牙醫使用指定系統上載口腔健康紀錄至醫健通；以及
- (b) 政府會加強技術連接和拓展牙科紀錄的數據標準以促進私營牙科業界上載病人電子口腔健康紀錄至醫健通。

口腔健康督導及諮詢架構

14. 工作小組完成工作後，政府將就口腔健康和牙科護理，設立督導及諮詢架構，持續監察各項措施的推展進度和成效：

- (a) 基層醫療委員會將成立口腔健康小組，監督促進口腔健康的策略及牙科護理服務的發展；以及
- (b) 衛生署將成立特殊護理牙科服務協調委員會，與相關持份者探討特殊護理牙科服務的長遠發展。

《2021 年口腔健康調查報告》

15. 衛生署自 2001 年起每十年進行一次全港性口腔健康調查以持續監察市民的口腔健康狀況。該署已於 2021 年 11 月展開「2021 年口腔健康調查」，調查採用世界衛生組織建議的準則，收集本港市民在口腔健康方面具代表性的最新資料，涵蓋對象為四個目標年齡組別，分別是 5 歲兒童、12 歲學生、35 至 44 歲成年人，以及 65 至 74 歲長者。參考 2011 年的調查，最新一次口腔健康調查仍然涵蓋 65 歲或以上接受長期護理服務的長者。受到本地 2019 冠狀病毒病疫情影響，整個調查於 2023 年 12 月完成。

16. 2021 年口腔健康調查的結果顯示：

- (a) 香港的整體口腔健康水平在過去二十年持續改善，65 至 74 歲非居於院舍長者的牙齒數目由 19.3 顆（2011 年）上升至 22.8 顆（2021 年），失去所有牙齒的長者比率從 5.6%（2011 年）顯著下降至 0.9%（2021 年），但仍然有部分較年輕的市民患有蛀牙和牙周病；
- (b) 在蛀牙水平方面，5 歲兒童和 12 歲學生有蛀牙經驗的人口比率有所下降，從 2011 年分別為 50.7% 和 22.6%，減至 2021 年的 41.6% 和 16.3%，與其他國家、地區比較，香港學前兒童有未經治療乳齒蛀牙的百分率及 12 歲學童的蛀失補恆齒數目都處於相對低水平；
- (c) 35 至 44 歲成年人和 65 至 74 歲非居於院舍長者的情況變化不大，一直維持接近三分一的 35 至 44 歲成年人有未經治療蛀牙，而 65 至 74 歲長者有未經治療蛀牙的比率為接近一半；以及
- (d) 值得關注是，成年人和長者有牙齦出血和牙周袋（牙周病的病徵）的比率在過去 20 年一直呈上升趨勢，調查發現大多數牙齦出血和牙周袋都位於臼齒（後牙），而有深牙周袋（即嚴重牙周病）的人口比率較 20 年前顯著上升，需要及早作出合適的預防行動。

17. 2021 年口腔健康調查的詳細結果臚列於衛生署的調查報告內，有關重點見附件二，而調查報告亦已上載於衛生署網頁²。

18. 衛生署基於 2021 年口腔健康調查的結果，及政府未來推

² 衛生署網頁: https://www.dh.gov.hk/tc_chi/index.html

行做闊做淺、做窄做深的措施，訂立適切的香港口腔健康目標，以配合世界衛生組織以 2030 年為目標的全球口腔健康策略³。期間政府會利用醫健通密切監察各項措施的成效，適時作出調整。2030 年應達致的香港口腔健康目標主要包括：

年齡組別	指標	目標
5 歲兒童	乳齒蛀牙數目	≤ 1.4 隻
12 歲兒童	蛀牙數目	≤ 0.1 隻
35 至 44 歲成年人	蛀牙數目	≤ 0.7 隻
65 至 74 歲長者	失去牙齒數目	≤ 8 隻

總結

19. 工作小組總結對牙科服務的檢視，肯定在政府經過多年採取公共衛生措施，市民的口腔健康比以前已經大幅改善，並處於相對良好水平。展望未來，工作小組認為口腔健康是構成身體健康的重要一環，改善口腔健康有助促進身體健康。參考工作小組建議，政府會在基層醫療的框架下發展以保存牙齒為目標的預防性口腔健康護理，並期望與牙科專業界別、培訓機構、非政府組織，以及市民大眾攜手合作，共同推動全民口腔健康，令市民改善口腔健康行為，透過重預防、早發現和早治療牙患，盡量保存牙齒，真正同時擁有口腔健康及身體健康。

徵詢意見

20. 請委員備悉本文件的內容，並就總結報告及調查報告提出意見。

醫務衛生局

衛生署

2024 年 12 月

³<https://www.who.int/zh/publications/i/item/9789240090538>

口腔健康及牙科護理工作小組 總結報告

2024年12月



預防牙患 保存牙齒 口腔健康 身體健康



中華人民共和國香港特別行政區政府
醫務衛生局

目錄

前言	i
報告摘要	ii
第一章 口腔健康定位和重要性	
預防牙患及保存牙齒	1
口腔健康與身體健康	2
口腔健康及牙科護理體系的全球趨勢	3
基層醫療健康藍圖	4
口腔健康護理的定位	4
個人習慣和生活模式的重要性	6
第二章 香港牙科服務發展	
香港牙科服務發展歷程	8
口腔健康教育及推廣	11
政府提供的牙科服務	13
政府資助的牙科服務	15
其他牙科服務	17
牙科專業人手	18
第三章 市民口腔健康狀況與風險	
衛生署口腔健康調查	19
香港市民口腔健康狀況概要	19
香港市民未來口腔健康	29

第四章 口腔健康及牙科護理體系發展策略

口腔健康政策	32
政府用於提供或資助牙科服務的開支	33
基層口腔健康護理	38
牙科治療服務	42
牙科服務配套安排	46
設立口腔健康督導及諮詢架構	50

第五章 口腔健康行動計劃

投放資源達致保存牙齒	51
預防性基層口腔健康護理 - 做闊做淺	52
為弱勢社群提供牙科護理服務 - 做窄做深	55
口腔健康及牙科護理體系佈局	57
增加牙科專業人力資源	60
發展醫健通以涵蓋牙科服務	61
口腔健康目標	61
口腔健康督導及諮詢架構	62
 結語	63

附件一： 口腔健康及牙科護理工作小組的職權範圍及成員名單 64

附件二： 《2024 年牙醫註冊（修訂）條例》牙科護理專業人員的職
類及執業範圍 65

附件三： 2030 年應達致的香港口腔健康目標 68

統計表目錄

表一：	1991 至 2021 年間 65 至 74 歲非居於院舍長者口腔健康情況	1
表二：	1991 至 2021 年間 35 至 44 歲成年人蛀牙情況	6
表三：	1960 至 2021 年間學前兒童乳齒蛀牙情況	20
表四：	5 歲學前兒童蛀牙的風險因素	21
表五：	1960 至 2021 年間學童恆齒蛀牙情況	23
表六：	12 歲學童家長帶子女見牙醫作定期檢查牙齒的意向	25
表七：	1991 至 2021 年間 35 至 44 歲成人口腔健康情況	25
表八：	1991 至 2021 年間 65 至 74 歲非居於院舍長者口腔健康情況	26
表九：	65 至 74 歲非居於院舍長者牙齒缺失位置分布	27
表十：	35 至 44 歲成人口腔衛生習慣	28
表十一：	35 至 44 歲成年人牙齦出血和牙周袋位置分布	28
表十二：	政府近四個財政年度用於公營或資助牙科服務開支一覽表	34
表十三：	2013 年至 2022 年長者醫療券計劃下牙醫申報使用的牙科服務的比率	35
表十四：	沒有定期檢查者對定期檢查口腔的觀點	41

圖表目錄

圖一：	口腔健康與身體健康的關聯	3
圖二：	各類牙科服務類別與預防牙患及保存牙齒的關係	5
圖三：	口腔健康的重要性	7
圖四：	香港牙科服務發展里程碑	10
圖五：	學前兒童有蛀乳齒（未經治療）百分率	21
圖六：	十二歲學童有蛀失補恆齒平均數	24
圖七：	長者失去所有牙齒比率全球比較	27
圖八：	促進口腔健康的生活模式	30
圖九：	2006/07 年度至 2023/24 年度政府提供或資助牙科服務開支	33
圖十：	按檢查口腔習慣劃分成年人的百分率	40
圖十一：	按檢查口腔習慣劃分非居於院舍長者的百分率	41
圖十二：	做闊做淺、做窄做深的意義	52
圖十三：	現時香港的口腔健康及牙科護理體系佈局	58
圖十四：	各項措施推出後，香港的口腔健康及牙科護理體系佈局	59

前言

行政長官在《2022年施政報告》中宣布成立口腔健康及牙科護理工作小組（工作小組），檢視現行服務，並就加強服務範疇和模式向政府提供意見。工作小組任期由2022年12月31日至2024年12月31日，由醫務衛生局（醫衛局）常任秘書長擔任主席，成員包括十三名非官方成員和五名當然成員，當中非官方成員來自牙科專業、醫療界、社福界、病人組織、政府資助牙科護理項目的協作非政府組織代表，以及社會賢達。工作小組的職權範圍及成員名單列於附件一。

工作小組確定以保存牙齒及預防為重點的基層口腔健康護理，作為提升口腔健康及牙科護理長遠策略發展的目標。工作小組檢視了現有口腔健康措施及牙科服務的範圍及成效，從而制訂未來發展策略及建議。為配合整體策略發展需要，工作小組亦檢視了口腔健康及牙科護理的配套安排，包括各類牙科專業人員人力資源及相關培訓、公營或資助牙科服務的模式及財務安排，以及在牙科服務使用電子口腔健康紀錄。

工作小組任內合共舉行了七次會議，於2023年12月發表中期報告，於2024年12月發表本份總結報告。總結報告列載就口腔健康及牙科護理的討論重點，工作小組提出的各項方向性建議，以及政府制訂相應的行動計劃。各項建議符合世界衛生組織《口腔衛生全球戰略和行動計劃（2023-2030年）》和國家衛生健康委員會發布《健康口腔行動方案（2019年-2025年）》的方向。

工作小組的討論和建議，對政府制訂有效並可持續的口腔健康及牙科護理發展策略及行動計劃作出了莫大貢獻，為此，醫衛局對工作小組各成員的積極參與和寶貴意見表示衷心感謝。

報告摘要

檢討方向

1. 工作小組首先確定檢討口腔健康及牙科護理體系的方向：
 - 1.1 強調口腔健康是構成身體健康的重要一環，而預防性口腔護理應是基層醫療健康的組成部分；
 - 1.2 市民依照牙科專業指導做好預防性口腔護理，可以在年長階段仍然相當大程度保存牙齒；及
 - 1.3 政府應建立以預防為重的基層口腔健康護理體系，減少對牙科治療的需求，以提高口腔健康及牙科護理體系的效率，和提升市民口腔健康的效果為目標，以使政府持續投放於口腔健康和牙科護理的資源，運用得更具成本效益和可持續性，達致促進市民口腔健康和身體健康的政策目的。

市民口腔健康狀況

2. 工作小組檢視過往及最新的口腔健康調查結果，認為：
 - 2.1 政府歷年推行多項口腔健康公共衛生措施，有效改善市民口腔健康，蛀牙普遍程度下降，長者保存牙齒數目亦持續上升；
 - 2.2 香港 5 歲及 12 歲兒童的蛀牙程度，以及長者失去所有牙齒的比率，與全球各地比較位於相當良好的水平；及
 - 2.3 市民仍然面對牙患和失去牙齒的風險，需要加強預防。

現有服務範圍及成效

3. 工作小組檢視現有口腔健康措施及牙科服務的範圍及成效，發現：
 - 3.1 政府過去多年一直大幅增加投放於各項直接提供或資助牙科服務的資源，但資源的使用「重治療、輕預防」，亦未有通盤及充分考慮投放資源於不同項目的相對成本效益；
 - 3.2 資助牙科服務中，缺乏足夠措施引導服務使用者使用預防性牙科服務，亦沒有足夠手段監察牙科服務使用情況；及

3.3 基層口腔健康護理特別是預防性牙科服務應該獲得更優先的關注，有關服務仍有很大的發展空間。

正確口腔健康觀念

4. 工作小組認為必須引導市民建立正確的口腔健康觀念，包括改變市民對改善和維持口腔健康的想法和行為：

- 4.1 意識到口腔健康屬於個人健康的一部分；
- 4.2 保持良好個人口腔衛生習慣和生活模式；
- 4.3 明白大部分牙患及昂貴牙科治療可以預防和避免；
- 4.4 願意使用着重預防的基層口腔健康護理服務；及
- 4.5 定期接受口腔檢查、風險評估和口腔衛生指導。

5. 工作小組認為必須提升和糾正市民關於口腔健康、牙患成因和牙科服務的認知：

- 5.1 市民到了年長階段仍然可以保存牙齒，長者牙齒脫落並非必然，牙患亦大多可以通過預防護理而避免；
- 5.2 幼童乳齒出現蛀牙，與口腔衛生及飲食習慣相關，如不及早糾正習慣，日後恆齒亦容易有蛀牙問題；
- 5.3 個人口腔衛生措施包括清潔牙齒、牙齦和牙縫，應不時通過檢查確保有效維持口腔健康，並學習如何改善習慣；
- 5.4 市民即使自覺口腔健康和牙齒狀況良好，都應該定期接受牙科專業人員進行的口腔檢查；及
- 5.5 接受預防性牙科服務，較日後支付治療性牙科服務，更能保障口腔健康亦更具成本效益（例如長者及早使用醫療券進行預防性牙科服務，較留待日後用於治療性服務為優）。

口腔健康政策

6. 工作小組參考了世界衛生組織於 2021 年通過的口腔健康決議和 2023-2030 年口腔衛生全球戰略和行動計劃，以及國家衛生健

康委員會於 2019 年公布的《健康口腔行動方案(2019 年-2025 年)》，建議香港採納以下的口腔健康政策：

- 6.1 口腔健康是構成身體健康的重要一環。政府口腔健康政策目標是要令全港市民能夠改善口腔衛生和生活模式，進一步提升口腔健康及身體健康水平；
- 6.2 政府透過宣傳、教育、推廣及發展基層口腔健康及牙科護理，協助全港市民自我管理口腔健康，實踐重預防、早發現、早治療牙患，以保存牙齒；及
- 6.3 政府聚焦為有經濟困難和特殊需要的弱勢社群，提供適切的口腔健康和牙科護理服務，務求確保該等社群能獲取必需的牙科護理。

口腔健康及牙科護理體系發展策略

7. 工作小組建議政府應該將口腔健康及牙科護理體系現時「重治療、輕預防」的傾向，扭轉為「重預防、早發現、早治療」的方向。未來政府應該積極發展並主力投放資源於基層口腔健康護理，以合適的提供或資助服務模式引導市民使用着重預防的口腔健康和牙科護理，並聚焦為有經濟困難和特殊需要的弱勢社群提供補助牙科治療服務。

8. 工作小組認為向全港市民不論經濟能力，以公帑提供或資助全面的治療性牙科服務，並不符合發展以預防為重的口腔健康及牙科護理體系，以及鼓勵市民為自己的口腔健康負責的政策目標，會加劇現時「重治療、輕預防」的弊端，在公帑運用上不具成本效益亦不能持續，政府財政上無法負擔亦會擠兌可用於其他醫療服務的資源。

9. 工作小組就未來政府發展口腔健康及牙科護理體系和投放資源，建議採用「做闊做淺、做窄做深」的策略：

- 9.1 做闊做淺 – 積極發展以預防為重的基層口腔健康護理，廣泛地向全港市民按不同年齡層推廣，協助市民自我管理口腔健康，建立良好口腔衛生習慣和生活模式，並自覺接受定期口腔檢查及風險評估：

- 9.1.1 將定期口腔檢查和預防性牙科服務，推展至由嬰兒至青少年的所有未成年人，早日建立良好習慣；
- 9.1.2 透過基層醫療健康體系，加強口腔健康宣傳、推廣和教育，包括令成年人和長者，糾正錯誤觀念和習慣；
- 9.1.3 使口腔健康成為市民健康人生計劃的一部分，鼓勵市民維持良好口腔健康習慣和定期接受口腔檢查；
- 9.1.4 讓牙科護理專業人員（《牙醫註冊條例》有關修訂部分生效前稱為「牙科輔助人員」，以下簡稱「牙專人員」）擔當更大角色，加強於社區協助提供口腔健康教育、口腔衛生指導和風險評估等基層口腔健康護理服務；
- 9.1.5 鼓勵牙科業界制訂適合不同年齡層市民的口腔檢查服務必要項目，同時提高定期口腔檢查相關費用的透明度，鼓勵市民接受定期口腔檢查，特別是鼓勵長者使用醫療券接受口腔檢查；及
- 9.1.6 按市民的經濟困難程度分配服務資助，並以共同承擔的制度為基礎鼓勵公眾承擔部分服務成本，管理自身的健康。同時推動牙科業界提高服務費用的透明度，以便市民選擇適切服務。

9.2 做窄做深 – 聚焦地為較難獲得牙科服務的弱勢社群，包括有經濟困難人士、有殘疾或特殊需要人士及高風險群組，以公營或資助模式提供必需的牙科服務，包括預防性和治療性的口腔健康及牙科護理服務：

- 9.2.1 社會福利署（社署）綜合社會保障援助計劃（綜援計劃）下的牙科治療費用津貼，現時已為經濟上無法自給自足的人士提供牙科服務安全網；
- 9.2.2 部分弱勢社群現時已符合接受政府資助或提供的牙科服務資格，應考慮為現時未獲覆蓋的個別特定弱勢社群（例如無家者），增加資助牙科治療服務；
- 9.2.3 檢視資助治療服務的緩急優次、實際需要及資助比例，包括資助鑲配活動假牙的成本效益，確保有效運用有限資源為弱勢社群提供最具果效治療服務；

9.2.4 檢視公營緊急牙科服務（牙科街症）使用資格，並為計劃透過非政府組織提供的資助牙科街症服務訂立條件，例如入息水平，以確保資源用於支援弱勢社群；及

9.2.5 擴展「特殊口腔護理服務」和「護齒同行」計劃等特殊護理牙科服務，除現行智障人士及自閉症頻譜人士以外，進一步覆蓋其他殘疾或特殊需要群組。

10. 工作小組亦檢視了發展口腔健康及牙科護理體系的各項配套安排並作出建議：

- 10.1 主力通過本地醫療系統應付市民對牙科服務的需要，投放資源推動牙科專業的發展，與專業界別攜手推進和強化香港牙科專業的地位和服務；
- 10.2 增加牙科人手，包括繼續檢視本地牙醫培訓名額，落實引入合資格非本地培訓牙醫於指明機構執業的機制，及增加牙科護理專業人員培訓名額；
- 10.3 聯同香港大學牙醫學院、香港牙科醫學院、菲臘牙科醫院及香港牙醫學會等專業機構及團體，為牙醫及牙科護理專業人員及學生，提供更多特殊護理牙科（Special Care Dentistry）、全科牙醫學（General Dentistry）及社會牙醫學（Community Dentistry）訓練，以配合未來基層口腔健康護理和特殊護理牙科服務的發展；
- 10.4 持續檢視和優化現時政府整體用於提供或資助牙科服務的資源，理順服務流程和提升服務效率，確保投放的資源用於服務目標群組和有效達致期望效果，並比對各項公營及資助牙科計劃的成本效益，務求令有限公帑資源發展最大效益；及
- 10.5 利用電子健康紀錄平台（健通）收集醫療及服務數據，以進行分析及評估成效，用於指導服務改善及資源投放的優次，並考慮以策略性採購模式提供資助牙科服務，將提供服務與達致效果掛鈎，以確保資源投放符合成本效益。

口腔健康行動計劃

11. 參考工作小組的策略建議，政府訂立相應的口腔健康行動計劃，有下列目標：

- 11.1 強化基層口腔健康護理的服務供應；
- 11.2 減少可避免且昂貴的牙科治療需求；
- 11.3 降低蛀牙、牙周病等牙患水平；
- 11.4 增加長者能夠保存的牙齒數目；及
- 11.5 促進市民口腔健康和身體健康。

12. 在做闊做淺，發展面向全港市民以預防為重的口腔健康服務方面：

- 12.1 在個別地區康健中心/站試行服務，提供風險評估及口腔衛生指導，長遠建立地區牙醫網絡，加強基層醫療健康服務下口腔健康的內容；
- 12.2 延續和加強「陽光笑容寶寶」計劃，透過母嬰健康院，為學前兒童進行定期口腔檢查及護理指導，及早開始建立良好口腔衛生及飲食習慣；
- 12.3 參考香港大學牙醫學院「賽馬會幼童健齒計劃」的經驗，為所有幼稚園兒童提供口腔健康教育、牙科檢查及使用氟化物，控制蛀牙；
- 12.4 推出「青少年護齒共同治理先導計劃」，引導 13 至 17 歲青少年於私營牙科診所接受定期口腔檢查，固化良好口腔健康意識和習慣；
- 12.5 推動非政府組織和私人執業牙醫為不同年齡層市民提供口腔檢查必要項目，並提倡僱主在牙科福利安排內鼓勵定期口腔檢查；及
- 12.6 鼓勵長者善用醫療券接受牙科檢查，利用 2023 年推出的「長者醫療券獎賞先導計劃」，通過與業界共同推廣口腔檢查服務，引導長者使用醫療券接受以預防為主的牙科服務。

13. 在做窄做深，聚焦為弱勢社群提供必需的牙科護理服務方面：

- 13.1 推出「社區牙科支援計劃」，為有經濟困難的弱勢社群，包括有經濟困難的長者，增加提供牙科街症服務，提升服務

- 量、增添服務點、擴展服務範圍，接替關愛基金牙科資助項目；
- 13.2 衛生署的牙科街症服務會考慮引入資格審查，而透過非政府組織提供的資助牙科街症服務亦會訂定使用條件，確保資源有效用於有經濟困難人士；
- 13.3 鼓勵非政府組織和私人執業牙醫善用牙專人員，增加為市民包括低收入群組提供基層口腔健康和牙科護理的服務容量，包括可負擔的洗牙、補牙及脫牙服務；
- 13.4 擴展「特殊口腔護理服務」和「護齒同行」計劃，覆蓋經社工評估並接受復康服務的殘疾或特殊需要群組；
- 13.5 在醫院牙科服務內加強特殊護理牙科服務；及
- 13.6 鼓勵香港大學牙醫學院、香港牙醫學會及香港牙科醫學院等機構提供更多全科牙醫學、社會牙醫學及特殊護理牙科服務訓練，同時建議香港牙科醫學院考慮將特殊護理牙科列為一項牙科下的專科。
14. 在增加和強化口腔健康及牙科護理人手供應方面：
- 14.1 衛生署已經展開非本地培訓牙醫的招聘工作，爭取於2025年第一季透過新增的有限度/特別註冊機制，引入第一批非本地培訓牙醫來港服務；
- 14.2 政府會繼續增加牙科衛生員及牙科治療師的培訓名額，增加牙科護理專業人手，提升口腔健康及牙科護理包括洗牙、補牙及脫牙等服務容量；及
- 14.3 政府會繼續留意社會對口腔健康和牙科護理的需求和業界的人手狀況，定期進行牙醫及牙專人員的人力推算規劃，調整培訓名額及學費資助。

15. 在發展醫健通以涵蓋牙科服務方面：

- 15.1 即將推出的「青少年護齒共同治理先導計劃」和「社區牙科支援計劃」，以及未來推行的其他策略性採購牙科服務，均會要求參與的牙醫使用指定系統上載口腔健康紀錄至醫健通；及

15.2 政府會加強技術連接和拓展牙科紀錄的數據標準以促進私營牙科業界上載病人電子口腔健康紀錄至醫健通。

口腔健康督導及諮詢架構

16. 工作小組完成工作後，政府將就口腔健康和牙科護理，設立督導及諮詢架構，持續監察各項措施的推展進度和成效：

16.1 基層醫療委員會將成立口腔健康小組，監督促進口腔健康的策略及牙科護理服務的發展；及

16.2 衛生署將成立特殊護理牙科服務協調委員會，與相關持份者探討特殊護理牙科服務的長遠發展。

第一章

口腔健康定位和重要性

摘要

「年紀大牙齒必然脫落」是一個錯誤的觀念。事實上，只要依照牙科專業人員指導做好預防牙患的工作，人到了年長階段仍然可以相當大程度保存牙齒。牙患（主要為蛀牙和牙周病等）是我們必須對抗的口腔健康威脅。工作小組認為，醫療體制和觀念需要扭轉為「重預防、早發現、早治療」，透過預防牙患和保存牙齒來避免可能引致的功能和財政影響。市民保持有效的口腔衛生習慣和保持口腔健康的生活模式，是繼續促進口腔健康必要的一環。

預防牙患及保存牙齒

1.1 「年紀大牙齒必然脫落」是一個錯誤的觀念。很多人年青時候護齒習慣欠佳，蛀牙和牙周病等牙患的破壞積累下來，以致在年長的時候失去牙齒，亦令大眾產生「人體老化時必然會失去牙齒」的誤解。工作小組綜合分析過去三十年的數據，觀察到香港 65 至 74 歲非居於院舍長者可以保存的牙齒數目一直上升（表一），失去所有牙齒的長者已經變得不常見。因此工作小組確信，只要依照牙科專業人員指導做好預防牙患的工作，人到了年長階段仍然可以相當大程度保存牙齒。

表一：1991 至 2021 年間 65 至 74 歲非居於院舍長者口腔健康情況

	1991 年 ¹	2001 年 ²	2011 年 ³	2021 年 ⁴
牙齒平均數目	15.0	17.0	19.3	22.8
失去所有牙齒的百分率	12.0%	8.6%	5.6%	0.9%

¹ 香港大學牙醫學院 1991 年進行的口腔健康調查。

² 衛生署 2001 年口腔健康調查報告。

³ 衛生署 2011 年口腔健康調查報告。

⁴ 衛生署 2021 年口腔健康調查報告。

口腔健康與身體健康

1.2 世界衛生組織對口腔健康定義為良好的口腔、牙齒及口腔頷面狀態，令個人可以維持進食、呼吸、說話等必要功能，如常地工作及進行社交活動⁵。口腔健康對個人的健康、日常生活，以至健康老齡化至關重要。然而，許多人患有口腔疾病而不加治療，導致可預防的口腔疼痛、感染和生活質素下降，甚至失學和生產力損失。

1.3 以全球計算，引致最多功能問題的口腔疾病包括失去全部牙齒、乳齒及恆齒的蛀牙、牙周病和口腔癌。在香港，口腔癌相對並不常見，但有 39% 的 5 歲兒童和 32% 的成年人有未經治療的蛀牙，有 15% 的成年人和 26% 的長者有嚴重的牙周病⁶。工作小組同意，牙患（主要為蛀牙和牙周病等）是我們必須對抗的口腔健康威脅。

1.4 越來越多研究指出口腔健康與身體健康息息相關。世界衛生組織認為口腔健康狀況不佳是導致很多身體健康問題的一個主要原因，並指出它與心血管疾病、糖尿病、癌症、肺炎和早產有關聯⁷。幼童如有蛀牙、牙髓受感染和出現牙瘡，均可能影響恆齒的生長，同時對其身體健康和發育產生不良影響。至於缺乏自我照顧能力的長者，若其口腔衛生欠佳，口腔內長期積聚的牙菌膜和細菌有機會引致吸入性肺炎，危及長者的性命。近期的研究指出，長者如果能夠保存牙齒及保持良好的口腔功能，有助維持他們認知能力和緩減老化衰弱的速度。工作小組認同，保存牙齒及保持口腔健康的好處不僅止於口腔，更有利整體身體健康和延長健康壽命。

⁵ “The state of the mouth, teeth and orofacial structures that enables individuals to perform essential functions, such as eating, breathing and speaking, and encompasses psychosocial dimensions, such as self-confidence, well-being and the ability to socialize and work without pain, discomfort and embarrassment.” 載於 Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030. Geneva: World Health Organization; 2022.

⁶ 衛生署 2021 年口腔健康調查報告。

⁷ https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/B148_REC1_EXT-en.pdf

圖一：口腔健康與身體健康的關聯



口腔健康及牙科護理體系的全球趨勢

1.5 世界衛生大會於 2021 年通過一項有關口腔健康的決議，指出目前的口腔健康及牙科護理體系在很大程度上未能減少口腔疾病的負面影響和不平等分布。大多數國家/地區依賴以牙醫為中心的高技術模式，沒有充分鼓勵預防性質的口腔健康護理。口腔疾病是由一系列可改變風險因素引致，包括食糖消耗、吸煙習慣、酒精使用和未足夠有效的口腔衛生習慣。世界衛生組織明確指出，最普遍的口腔疾病包括蛀牙、牙周病、牙齒脫落等，大都是可以預防的，因此建議各地重新定位口腔健康及牙科護理體系，由致病性的傳統治療方向，轉為預防性推廣方向，包括進行風險評估，以提供及時、全面的預防性護理⁷。其後在 2023 年發表的《口腔衛生全球戰略和行動計劃（2023-2030 年）》⁸提出實施概念，將預防性口腔健康護理重新定位為以患者為中心的模式，成為基層醫療健康的組成部分。

⁸ <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376865/9789240092327-chi.pdf?sequence=1>

1.6 國家亦於 2019 年公布《健康口腔行動方案(2019 年-2025 年)》，肯定口腔健康是個人健康的重要組成部分。行動方案的目的是貫徹落實《“健康中國 2030”規劃綱要》和《中國防治慢性病中長期規劃（2017-2025 年）》，深入推進「三減三健」中「健康口腔」行動（「三減三健」為減鹽、減油、減糖，健康口腔、健康體重、健康骨骼）。行動方案堅持預防為主，期望在 2025 年基本形成支持健康口腔的社會環境，大幅提升人民口腔健康認知水平和健康行為，並將口腔健康服務覆蓋全人群的全生命週期，以實現全面提升全國口腔健康水平的目標⁹。

基層醫療健康藍圖

1.7 世界衛生組織 2021 年的決議、《口腔衛生全球戰略和行動計劃（2023-2030 年）》及國家的《健康口腔行動方案（2019 年-2025 年）》，都主張口腔健康及牙科護理體系應該以預防為主。香港政府於 2022 年公布的《基層醫療健康藍圖》亦提出，整體的醫療策略是把醫療體系轉型為專注於預防、以家庭為中心的基層醫療健康體系，以提高整個醫療系統的效率和可持續性，並減少可避免且更昂貴的第二層和第三層醫療需求。工作小組認為基層醫療健康策略適用於口腔健康及牙科護理服務上，把現時牙科服務體系轉型為專注於預防的基層口腔健康護理體系，減少對可避免且更昂貴的治療性牙科服務需求，從而提高整個口腔健康及牙科護理體系的效率和可持續性。

口腔健康護理的定位

1.8 工作小組認為「預防勝於治療」，對維持口腔健康至關重要。雖然歷史數據顯示過往一些措施成功減低市民蛀牙的水平，但市民仍然需要意識到，及早預防蛀牙和牙周病才可以減低未來的牙齒缺失風險。

1.9 「病向淺中醫」，及早發現牙患可以減低其造成的破壞，治療方法相對簡單而費用較低，亦有利保存牙齒。相反若拖延至牙患嚴重的時候才去處理，牙患造成的破壞較大，治療的費用就更高，

⁹ http://big5.www.gov.cn/gate/big5/www.gov.cn/xinwen/2019-02/16/content_5366239.htm

患者可能會更快及更大機會失去牙齒，而且往往還要承受不適及痛楚。

1.10 牙齒缺失對個人的口腔和整體功能都有影響，縱使鑲配假牙是其中一個可能的處理方案，但絕對不是理想的選擇。鑲配假牙的成本不但昂貴，而且假牙亦不可能完全恢復真牙的功能。不同種類的假牙，亦會對剩餘的牙齒和口腔組織構成一定風險。

1.11 基於「預防勝於治療」和「病向淺中醫」的傳統智慧，工作小組認為，在進一步討論口腔健康及牙科護理並作出建議前，需要先確立不同類別牙科服務在預防牙患及保存牙齒上的重要性，從而考慮使用公帑資助的緩急優次。這個「預防牙患及保存牙齒」的概念（圖二），與世界衛生組織的建議是一致的¹⁰。現時牙科服務的醫療體制和觀念是「重治療、輕預防」，工作小組認為需要將醫療體制和觀念扭轉為「重預防、早發現、早治療」，透過預防牙患和保存牙齒來避免可能引致的功能和財政影響，亦是最具成本效益的策略。

圖二：各類牙科服務類別與預防牙患及保存牙齒的關係



¹⁰ Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030. Geneva: World Health Organization; 2022.

個人習慣和生活模式的重要性

1.12 大部分引致牙齒缺失的蛀牙和牙周病都是可以預防的。在 1960 年，9 至 11 歲兒童恆齒有蛀牙經驗的比率高達 95%，但自 1961 年起食水中加入氟化物後，患蛀牙的兒童開始減少。1968 年的口腔健康調查發現，9 至 12 歲兒童恆齒有蛀牙經驗的比率降至 68.3%。隨著學童牙科保健服務於 1980 年展開，12 歲兒童恆齒有蛀牙經驗的比率在 2001 年下降至 38%，而剛完成的 2021 年口腔健康調查發現，相關比率已經進一步下降至 16%。

1.13 然而，由 12 歲兒童至成年人期間，蛀牙仍然發生。1991 年至 2021 年受蛀牙影響的 35 至 44 歲成年人，比率一直維持在 95% 以上（表二）。

表二：1991 至 2021 年間 35 至 44 歲成年人蛀牙情況

	1991 年 ¹¹	2001 年 ¹²	2011 年 ¹³	2021 年 ¹⁴
有蛀牙經驗的百分率	98%	97.5%	96.1%	95.9%
未經治療蛀牙平均數值	1.0	0.7	0.7	0.7
有未經治療蛀牙的百分率	#	32.0%	31.2%	31.7%

資料未有列載於原報告

1.14 蛀牙在 12 歲兒童組別有顯著下降，除了是食水中加入氟化物、普遍使用含氟化物牙膏的功效以外，學童牙科保健服務提供的預防性服務（如窩溝封閉劑、使用牙面氟化物等），亦有很大幫助。這類預防性措施並不需要持續性的行為改變，比較容易普及地產生效果。但青少年和成年人離開學童牙科保健服務後，需要倚賴自身持續性的口腔健康行為，例如清潔牙縫、保持良好飲食習慣、接受定期口腔檢查等，才能有效預防蛀牙和牙周病。工作小組指出，雖然香港非居於院舍長者保存牙齒數目已經有所增加，但若要進一步減低市民隨年歲增長失去牙齒的風險，就必須鼓勵持續性的行為改變。保

¹¹ 香港大學牙醫學院 1991 年進行的口腔健康調查。

¹² 衛生署 2001 年口腔健康調查報告。

¹³ 衛生署 2011 年口腔健康調查報告。

¹⁴ 衛生署 2021 年口腔健康調查報告。

持有效的口腔衛生習慣和口腔健康的生活模式，是繼續促進口腔健康必要的一環。

圖三：口腔健康的重要性



第二章

香港牙科服務發展

摘要

政府於 1945 年成立政府牙科服務，此後一直發展及增加由政府提供或資助的牙科服務，工作小組簡要地回顧了香港牙科服務發展的歷程。早期口腔健康公共衛生措施包括在食水中加入氟化物、成立學童牙科保健服務及成立香港大學牙醫學院等，近年更推行多項聚焦弱勢社群的資助牙科服務計劃。

香港牙科服務發展歷程

2.1 工作小組全面地檢視了政府提供或資助的牙科服務，同時亦簡要地回顧了香港牙科服務發展的歷程，以了解現時牙科服務系統佈局的來源（圖四）。香港的牙科規管架構最早可以追溯至 1914 年，出現第一條訂明牙醫資格的法例 Dentistry Ordinance。直至 1940 年，《牙醫註冊條例》（Dentists Registration Ordinance）取而代之，此後一直為香港規管牙科執業的法律框架。

2.2 根據衛生署牙科服務的文獻記載¹⁵，政府牙科服務在 1945 年成立，主要為公務員及其配偶/子女提供全面的牙科服務。在政府牙科服務成立初期，雖然政府牙醫偶然會被召喚至瑪麗醫院，為住院病人在全身麻醉下提供牙科服務，但當時公立醫院仍然未有牙科部，直到 1955 年才由當時的「醫務衛生署」在瑪麗醫院設立正式的醫院牙科部。後來醫務衛生署分拆為衛生署及醫院事務署，而醫院管理局（醫管局）繼而成立，發展至今天分別有衛生署轄下的口腔領面及牙科診所和醫管局轄下的牙科及口腔領面外科部（見第 2.15 及 2.16 段）。

2.3 政府在 1957 年接納了香港牙醫學會的建議，在 1961 年 3 月開始，在食水中加入氟化物。此項措施有效地減低了全港市民的蛀牙水平，例如香港兒童患恆齒蛀牙的比率，由食水中加入氟化物前超過 90%，下跌至最近的 16%（見第 1.12 段）。此外，政府在 1959

¹⁵ Government Dental Service in Hong Kong Commemorative Album 1945-2015.

年修訂《牙醫註冊條例》，成立香港牙醫管理委員會（牙管會），負責牙醫註冊事宜，並維持牙醫專業道德、標準及紀律，進一步保障牙科服務質素¹⁶。

¹⁶ 此法律框架及後沿用超過 60 年，直至立法會於 2024 年 7 月 10 日通過《2024 年牙醫註冊（修訂）條例草案》，全面革新牙科執業的規管架構。有關修訂條文將自 2025 年起分階段實施，包括—

- (a) 在本地牙科畢業生和通過牙管會許可試的牙醫以外，提供新途徑引入合資格非本地培訓牙醫於指明機構執業；
- (b) 引入臨時註冊機制，要求本地牙科畢業生須經過一年實習，以及通過牙管會許可試的非本地培訓牙醫須經過評核期；
- (c) 引入牙科輔助人員（包括牙科衛生員和牙科治療師）的法定註冊制度，並將其正名為牙科護理專業人員（牙專人員），以確立他們的專業地位；
- (d) 規定牙醫和牙專人員參與強制持續專業發展，以提升他們的專業能力；
- (e) 因應牙管會的新增職能，改變其組成和結構；以及
- (f) 作出其他技術性修訂，使牙管會的運作及各個牙科專業的規管理制度與時並進。

圖四:香港牙科服務發展里程碑

1914	• 通過 Dentistry Ordinance
1940	• 通過首份《牙醫註冊條例》，取代 Dentistry Ordinance
1945	• 成立公務員牙科服務
1959	• 修訂《牙醫註冊條例》，成立香港牙醫管理委員會
1961	• 開始於食水中加入氟化物
1974	• 發表《香港醫務衛生服務的進一步發展》白皮書
1980	• 成立學童牙科保健服務
1982	• 成立香港大學牙醫學院
1991	• 發表醫務發展諮詢委員會牙科小組報告
1993	• 推出由綜合社會保障援助計劃發放的牙科治療費用津貼
2009	• 推行長者醫療券計劃
2011	• 推行長者牙科外展服務先導計劃
2012	• 推行由關愛基金撥款的長者牙科服務資助項目
2013	• 推行盈愛・笑容牙科先導計劃
2014	• 推行長者牙科外展服務計劃
2018	• 推行護齒同行
2019	• 推行特殊口腔護理服務
2022	• 成立口腔健康及牙科護理工作小組
2024	• 通過《牙醫註冊(修訂)條例草案》

2.4 政府發表的第一份口腔健康政策文件，記載於 1974 年一份白皮書¹⁷中的第十一章內。這份政策文件作出了兩項重要的提議，促成在 1980 年開展學童牙科保健服務和在 1982 年成立香港大學牙醫學院，令香港在 1985 年開始擁有本地培訓的牙醫。

2.5 到了 1989 年，政府醫務發展諮詢委員會成立了牙科小組，為香港的口腔健康服務作出檢討和建議。小組在 1991 年提交報告，向政府建議口腔健康政策目標及一系列其他建議，其中特別提出政府應該照顧有特殊需要人士的牙科服務需求，促使政府後來推出了「長者牙科外展服務計劃」、「護齒同行」計劃和「特殊口腔護理服務」等項目。

口腔健康教育及推廣

2.6 衛生署轄下口腔健康促進科以不同年齡組別人士為對象，專責推行各項口腔健康推廣活動，並通過不同途徑發布口腔健康資訊，提高公眾對口腔衛生及健康的關注，並鼓勵市民養成良好的口腔衛生習慣。

學前兒童

2.7 政府特別著重培育兒童從小養成良好的口腔衛生習慣，衛生署透過母嬰健康院及網頁發放 0 至 6 歲兒童的口腔護理資訊，並製作了一系列有關幼兒口腔護理的小冊子，如《幼兒口腔護理全接觸》、《幼兒飲食與牙齒健康面面觀》、《刷牙孩子做得到》等，讓有關醫護人員於母嬰健康院為新生嬰兒進行身體檢查及發展監察時派發給父母，以盡早教導父母如何照顧嬰兒的口腔健康，母嬰健康院現時覆蓋約 94% 的新生嬰兒及家長。

2.8 衛生署亦推行「陽光笑容新一代」家校護齒活動，對象是全港 6 歲以下就讀幼稚園和幼兒園的小朋友，藉多元化的學習教材，包括卡通動畫和故事書，讓老師、家長和兒童在學校及家中進行清潔牙齒和護齒飲食活動時得到清晰的指引，預防牙患。另外，衛生署亦開放專為 4 歲幼童而設的「陽光笑容小樂園」，讓本港的幼稚園及幼兒園免費申請參觀。幼童可透過唱兒歌、在牙模上模擬刷牙、

¹⁷ The Further Development of Medical and Health Services in Hong Kong.

輪流使用不同的牙科用具、進行角色扮演遊戲等互動遊戲和活動，愉快地學習到豐富的護齒知識，從而養成良好的口腔衛生習慣。衛生署會繼續鼓勵更多幼稚園及幼兒園積極參與署方舉辦的口腔健康教育活動及計劃。在 2023/24 學年，共有 671 間幼稚園及幼兒園，約 110 000 名學生報名參加，約有 93 000 名學生完成了計劃。

2.9 衛生署口腔健康促進科於 2023 年 6 月起，為託管或就讀於幼兒中心的 0 至 3 歲幼兒推行「陽光笑容寶寶 2023-24」口腔健康先導計劃。計劃以先導形式於部分幼兒中心試行，目的是增加家長的口腔健康知識及提升家長替孩子清潔口腔的技巧，從而幫助孩子盡早建立良好的口腔護理、飲食及口腔檢查習慣。計劃為期兩個學年（2023/24 至 2024/25），分為教育推廣和評估兩個方面，活動包括會為孩子提供免費口腔檢查評估蛀牙情況、視乎孩子年齡及需要在牙面塗上氟化物以預防蛀牙、為家長及照顧者舉辦工作坊、派發有關單張系列，及為高蛀牙風險幼兒的家長提供電話跟進等。截至 2024 年 11 月 21 日，19 間幼兒中心已同意參與先導計劃。其中 17 間幼兒中心已在 31 次外展中接受了服務，共有 927 名兒童接受了臨床篩查及口腔健康建議。另外，16 間幼兒中心，共有約 246 名兒童獲得口腔健康建議或參與相關口腔健康研討會。

小學學童

2.10 衛生署亦推行「陽光笑容流動教室」，透過口腔健康教育巴士活動，以外展和遊戲方式，向小學生推廣口腔健康。在 2023/24 學年期間，共有 33 間小學參加，約有 12 000 人次參觀了該流動教室。

中學生

2.11 為延續在小學層面進行的工作，衛生署為中學生舉辦名為「TEENS 健腔獎勵計劃」的校本計劃。在該計劃下，高中學生接受訓練，然後透過朋輩教育（即訓練學生成為導師）的模式，推廣及教導低年級同學口腔健康護理和口腔衛生的重要性。在 2023/24 學年期間，共有 33 間中學參與，其中 2 343 名中學生接受了預防蛀牙和牙周病相關口腔健康教育。

全港市民

2.12 衛生署口腔健康促進科每年都會舉辦全年性的「全港愛牙運動」，透過各類宣傳途徑，以世界牙醫聯盟「世界口腔健康日」、國家衛生健康委員會「全國愛牙日」等相關主題，令市民更加關注口腔健康及做好個人口腔護理，並接受定期口腔檢查，以預防牙患。

政府提供的牙科服務

牙科街症服務

2.13 政府的牙科服務在 1945 年成立，主要是為履行公務員合約的聘用條款下給予公務員/退休公務員及其合資格家屬牙科醫療福利的條款而設¹⁸。衛生署現時透過轄下 11 間政府牙科診所劃出特定時段，為市民提供免費牙科街症服務。牙科街症的服務範疇包括治理急性牙患、處方藥物止痛、治理口腔膿腫和脫牙。牙醫也會按個別病人的需要，向他們提供專業意見。牙科街症服務在 2023 年就診人次約為 19 300。

學童牙科保健服務

2.14 自 1980 年開始，衛生署為全港小學生，以及就讀特殊學校的 18 歲以下智障及/或肢體傷殘（如腦麻痺）學童，提供牙科保健及治療服務，參加的學童每年獲安排到指定的學童牙科診所接受口腔檢查、基本的預防性及治療性牙科服務，於 2023/24 服務年的參與人數為 313 700。

醫院牙科服務

2.15 公立醫院的首間牙科診所，於 1955 年由當時的「醫務衛生署」在瑪麗醫院成立，隨後伊利沙伯醫院、瑪嘉烈醫院、威爾斯親王醫院、屯門醫院和東區尤德夫人那打素醫院，都先後成立了醫院牙科部。在 1989 年，醫務衛生署分拆為衛生署及醫院事務署，上述六間醫院牙科部撥歸衛生署直轄管理。為更準確地反映診所提供的牙科服務範疇，醫院牙科部於 1996 年改名為口腔頷面外科及牙科診所。

¹⁸ 現時衛生署轄下的政府牙科診所，所提供的牙科服務對象主要是公務員/退休公務員及其合資格家屬。開支來自政府預留作公務員醫療牙科福利的資源，並不屬於提供予公眾的公共牙科服務的一部分。為公眾提供牙科街症，只屬利用牙科診所的小部分服務容量提供輔助性質的緊急服務。

至 1998 年，衛生署在北區醫院成立了第七間口腔頷面外科及牙科診所。衛生署的口腔頷面外科及牙科診所主要為住院病人、有特殊口腔護理需要的患者及牙科急症患者提供口腔頷面外科及牙科專科診治。有關專科服務可按醫管局或私家醫生轉介的形式提供。口腔頷面外科及牙科診所會根據獲轉介人士病況的緩急安排預約就診，如有急切需要，例如涉及牙齒創傷，會安排病人即時就診和治療。衛生署轄下口腔頷面外科及牙科診於 2022 年的就診人次為 52 900，當中包括 7 400 名有特殊需要患者。

2.16 醫管局在 1991 年成立以後，其牙科部亦由普通牙科服務轉型至更專門的服務，令服務得以進一步拓展。轄下的聯合醫院牙科服務逐漸發展成口腔頷面外科專科部門，名為牙科及口腔頷面外科部。2019 年，聯合醫院牙科及口腔頷面外科服務擴展至九龍東聯網以外範圍，透過由聯合醫院、將軍澳醫院、香港兒童醫院、廣華醫院、明愛醫院及雅麗氏何妙齡那打素醫院六間醫院組成的跨聯網服務網絡，轉介其他聯網的病人至聯合醫院接受牙科治療及/或頷面外科手術。除了恆常的牙科支援及手術期管理外，亦協助將所有中小型手術個案分配到將軍澳醫院的日間醫療中心，至於較複雜的成人及兒童個案則分別由聯合醫院及香港兒童醫院處理。醫管局的專科牙科服務，主要為住院病人、有特殊口腔護理需要的患者和急症牙科（如創傷、腫瘤及唇裂變形等）病人提供口腔頷面外科專科服務。病人主要由不同臨床部門（如耳鼻喉科、外科、內科、兒科及腫瘤科）的專科醫生作內部轉介，以提供跨專科治療。

特殊口腔護理服務

2.17 為改善智障兒童的口腔健康，衛生署與醫管局合作，於 2019 年 9 月在香港兒童醫院為 6 歲以下患有智障的學前兒童設立「特殊口腔護理服務」，以及早預防和治療常見的口腔疾病。該服務更設有牙科外展隊，為社署轄下特殊幼兒中心的合資格兒童，現場提供免費牙科檢查和口腔健康教育。如有需要，兒童會獲轉介到香港兒童醫院，接受所需的牙科治療。截至 2024 年 10 月底，已有約 6 400 人次接受特殊口腔護理服務，其中約 1 100 人次獲轉介到香港兒童醫院接受跟進治療。

政府資助的牙科服務

長者牙科外展服務計劃

2.18 居於安老院舍或接受日間護理中心服務的長者大都身體虛弱，較難前往牙科診所接受牙科服務。政府在 2011 年推出為期三年的先導計劃，資助非政府組織成立牙科外展隊，為這些長者提供免費基本牙科護理服務（包括口腔檢查、洗牙和緊急牙科治療）。

2.19 政府於 2014 年 10 月把先導計劃轉為恆常項目（名為「長者牙科外展服務計劃」），為全港 18 區居於安老院舍或使用日間護理中心及同類設施服務的長者實地提供免費的口腔檢查服務。牙科外展隊亦按長者的口腔護理需要和自理能力，為他們設計口腔護理計劃，以及為有關照顧者提供口腔護理培訓。如有關長者適合接受進一步治療，牙科外展隊會實地或在牙科診所為他們提供免費的牙科治療。截至 2024 年 10 月底，應診人次約為 416 000。「長者牙科外展服務計劃」於 2023/24 年度支出約 4 千 9 百萬元，同年度約 4 萬 8 千名體弱長者接受服務。

「護齒同行」計劃

2.20 為更好照顧智障成年人士的牙科服務需要，衛生署總結「盈愛・笑容服務」¹⁹計劃的經驗，於 2018 年 7 月起推行「護齒同行」計劃，透過五間參與計劃的非政府組織營運的牙科診所為智障成年人士提供免費牙科服務，包括口腔檢查、牙科治療及口腔健康教育。如有需要，病人會獲安排到參與計劃的私家醫院，在靜脈注射鎮靜劑或全身麻醉下接受所需的牙科治療。自 2018 年 7 月至 2024 年 7 月中，約 5 400 名智障成年人士已登記接受服務。計劃原定至 2024 年 7 月止，在 2024 年獲延長至 2027 年 3 月，參與計劃的非政府組織增加至八間，並覆蓋 18 歲或以上的自閉症譜系障礙患者。截至 2024 年 10 月底，約 2 390 名智障成年人士／自閉症譜系障礙患者／智障兼自閉症譜系障礙患者已登記接受擴展服務範圍的「護齒同行」服務。

¹⁹ 於 2013 年 8 月至 2018 年 7 月期間，前食物及衛生局與香港牙醫學會、香港無障牙科學會和播道醫院協作，推行「智障人士牙科服務先導計劃」（又名「盈愛・笑容服務」），資助有經濟困難的智障成年人士在參與計劃的牙科診所接受口腔檢查、牙科治療及口腔健康教育。

長者醫療券計劃

2.21 政府在 2009 年推出「長者醫療券計劃」(醫療券計劃)，目的是為長者提供財政誘因，讓他們選擇最切合他們健康需要的私營基層醫療服務。醫療券計劃不設入息或資產審查，現時 65 歲或以上的合資格香港長者，每年獲發 2,000 元的醫療券金額，可用以支付 14 類在香港註冊的醫護專業人員(包括牙醫)所提供的基層醫療服務。由 2019 年起，醫療券的累積金額上限已調高至 8,000 元。為有效達至推動基層醫療的目標，醫療券不可純粹用於購買藥物，或購買/租用醫療儀器和用品。

2.22 在 2023 年，政府進一步優化醫療券計劃，措施包括由 7 月起容許長者與配偶共用醫療券及推行電子同意書，並於同年 11 月推出為期三年的「長者醫療券獎賞先導計劃」²⁰(獎賞先導計劃)，希望藉此引導長者使用醫療券接受特定以預防為主的基層醫療服務，包括牙科服務的定期口腔檢查。在 2023 年，長者醫療券下約五百萬宗申領中，香港牙醫申領約有 331 000 宗，申領款額為 4 億 1,320 萬元。

2.23 此外，2023 年的《施政報告》提出推行「長者醫療券大灣區試點計劃」(「試點計劃」)，擴大醫療券適用範圍至粵港澳大灣區(大灣區)內合適的醫療機構。現時，醫療券適用範圍已擴展至大灣區內九個服務點，包括香港大學深圳醫院及該院外設的華為荔枝苑社區健康服務中心，以及「試點計劃」下七間²¹位於大灣區的醫療機構，全部均有提供牙科服務，覆蓋廣州、中山、東莞和深圳，為合資格的香港長者提供更大的便利和靈活性，鼓勵他們更好使用基層醫療服務。2024 年《施政報告》提出，擴展「試點計劃」至大灣區九個內地城市。

²⁰ 為了善用資源推動基層醫療，衛生署已經於 11 月 13 日推出為期三年的「長者醫療券獎賞先導計劃」。長者每年只要在同一年度內(1 月至 12 月)累計使用 1,000 元或以上的醫療券作預防疾病和管理健康等特定基層醫療用途(包括牙齒檢查、洗牙、脫牙、補牙等)，便可透過醫健通(資助)系統自動獲發 500 元獎賞至其醫療券戶口，同樣作特定基層醫療用途，毋須另行登記。

²¹ 其中 5 間提供綜合服務(包括牙科服務)，包括位於廣州市的中山大學附屬第一醫院、位於南沙的中山大學附屬第一醫院南沙院區、位於中山市的中山陳星海中西醫結合醫院、位於東莞市的東莞東華醫院和位於深圳市的深圳新風和睦家醫院；及 2 間只提供牙科服務，包括位於深圳市羅湖區的深圳愛康健口腔醫院和位於深圳市福田區的深圳紫荊口腔門診部/深圳朱勝吉口腔門診部。

綜合社會保障援助計劃「牙科治療費用津貼」

2.24 為協助有經濟困難的人士，綜合社會保障援助計劃（綜援計劃）現時為受助人提供牙科治療費用津貼，以支付牙科治療服務²²的費用。合資格的綜援計劃受助人可到社署認可的 80 間²³牙科診所接受檢查，診所牙醫會建議牙科治療服務。受助人可按認可牙科診所提供的估計費用，選擇本港任何註冊牙醫（包括社署認可牙科診所的牙醫）接受建議的牙科治療服務。牙科治療費用津貼金額為認可診所的估計費用、診所的實際收費或社署所訂有關該項牙科治療項目的最高金額，以較低者為準。

2.25 工作小組備悉，綜援計劃向受助人提供牙科治療費用津貼，包括預防性牙科服務（例如洗牙）的費用。

關愛基金「長者牙科服務資助」項目

2.26 由關愛基金撥款的「長者牙科服務資助」項目（項目）於 2012 年 9 月推出，現時為使用由社署資助的家居照顧服務的低收入長者及領取長者生活津貼（長津）的 65 歲或以上的長者（即包括所有領取長津的長者），提供免費鑲活動假牙和相關的牙科診療服務（包括口腔檢查、洗牙、補牙、脫牙、X 光檢查、移除牙橋或牙冠和根管治療（杜牙根）服務）。因應工作小組的意見，政府已經在 2024 年 7 月優化項目，修改必須鑲配活動假牙的條件，讓合資格長者即使不適合鑲配假牙，亦可以接受牙齒檢查、洗牙、脫牙和補牙等牙科服務，鼓勵長者及早發現和治療牙患。由 2012 年 9 月至 2024 年 10 月期間，接近 16 萬人次已經完成服務，尚有近三萬宗個案的申請人亦正接受不同階段的診療服務。

其他牙科服務

僱主/機構提供予僱員的牙科醫療福利

2.27 根據 2022/23 年度的《本地醫療衛生總開支帳目》²⁴，在私營牙科服務的 85 億 6,100 萬元開支當中，有 8 億 2,200 萬元（約 9.6%）融資來自僱主提供的保險計劃，現時沒有相關牙科服務使用的數據。

²² 包括洗牙、補牙、脫牙、牙冠、牙橋、牙柱、牙樁、根管治療及假牙。

²³ 截至 2024 年 9 月。

²⁴ <https://www.healthbureau.gov.hk/statistics/en/dha.htm>

私營牙科服務的使用

2.28 政府統計處不時進行主題性住戶統計調查，搜集有關香港居民使用醫療服務的情況，包括接受牙醫診治情況。最近一次在 2022 年 12 月至 2023 年 4 月期間進行，發現約 2 000 800 名人士在統計前 12 個月內曾接受牙齒檢查或診治，佔這統計調查所涵蓋的總人口的 28.8%。當中接近四分三曾在調查前一年接受牙醫診治的市民，在私家牙科診所（包括在香港的慈善團體、非牟利團體或大專院校的牙科診所）接受服務。有約 24%於政府牙科診所（包括衛生署及醫院管理局轄下牙科診所）接受服務，主要應為政府牙科醫療福利下的公務員／退休公務員及其合資格家屬。而在牙科服務使用方面，以接受服務的市民比率計算，最多被使用的服務是洗牙（66.3%），其他包括牙齒檢查（64.8%）、補牙（12.2%）、脫牙（8.9%）和鑲牙（2.1%）。²⁵

牙科專業人手

2.29 根據牙管會及衛生署的資料，截至 2024 年 10 月，牙齒衛生員的總登記和現職於政府的牙科治療師的人數分別有 615 名及 224 名。同期香港共有 2 617 名居於香港的註冊牙醫，當中大部分在私營或非政府機構工作。現時註冊制度並無關於這些牙科專業人員，當中多少有正式執業及執業地點的資料，因此實際執業情況並無統計數字。

²⁵ 主題性住戶統計調查第 78 號報告書。

第三章

市民口腔健康狀況與風險

摘要

工作小組檢視過往及最新的口腔健康調查結果後，認為政府歷年推行多項口腔健康公共衛生措施，包括於食水中加入氟化物、成立香港大學牙醫學院、開展學童牙科保健服務等，均有效改善市民口腔健康，蛀牙普遍程度下降，而長者保存牙齒數目亦持續增加。另一方面，市民仍然有口腔健康風險，工作小組認為有需要提醒市民及早糾正一些普遍存在的誤解，並提升關於口腔健康、牙患成因和牙科服務的認知。

衛生署口腔健康調查

3.1 工作小組發現最早期有全港代表性的口腔健康調查可追溯至 1960 年。政府為了評估食水中加入氟化物的成效，曾在 1961 年前後進行調查，及後又在香港大學牙醫學院成立後，分別在 1984 及 1991 年進行調查。直至 2001 年，衛生署承諾此後每十年進行一次全港性口腔健康調查，以符合當時世界衛生組織建議。最新的口腔健康調查由於受新冠疫情影響，最近才完成調查報告。

香港市民口腔健康狀況概要

學前兒童

3.2 兒童階段面對的口腔健康問題主要是蛀牙，學前兒童的蛀牙影響乳齒，而小學學童的蛀牙則影響剛長出不久的恆齒。表三顯示學前兒童乳齒的蛀牙情況，從中可見 1961 年食水中加入氟化物後有乳齒蛀牙的學前兒童持續減少，而自 1987 年開始改善幅度不大。整體而言，香港學前兒童有乳齒蛀牙的百分率，由 1960 年的 89% 減少至 2021 年的 41.6%。值得留意的是，一直以來，大部分有蛀失補²⁶乳齒的學前兒童都有未經治療蛀牙，而大部分的蛀失補乳齒，都是未經治療的蛀牙（表三）。

²⁶ 蛀失補乳齒的數目，即未經治療蛀牙、已補牙齒、及已失去牙齒的總和。

表三：1960 至 2021 年間學前兒童乳齒蛀牙情況

調查年份	學前兒童百分率		乳齒平均數	
	有蛀失補乳齒兒童	有未經治療蛀牙 (乳齒)兒童	蛀失補乳齒	蛀牙 (乳齒)
1960 年 ²⁷	89.0%	#	9.2	8.0
1961 年開始實施於食水中加氟化物				
1968 年 ²⁸	85.1%	#	5.3	5.2
1980 年 ²⁹	75.4%	#	4.3	4.0
1987 年 ³⁰	63.3%	#	3.0	2.3
2001 年 ³¹	51.0%	49.4%	2.3	2.1
2011 年 ³²	50.7%	49.4%	2.5	2.3
2021 年 ³³	41.6%	39.2%	1.8	1.6

資料未有列載於原報告

3.3 與全球各地比較，香港學前兒童有未經治療乳齒蛀牙的百分率位於相當良好的水平（圖五）。但由於大部分乳齒蛀牙其實都可以預防，工作小組認為仍有需要探討如何進一步減少香港兒童的乳齒蛀牙。

²⁷ 6 至 8 歲兒童，載於 Report of the 1st (pre-fluoridation) dental survey of school children in Hong Kong.

²⁸ 5 至 6 歲兒童，載於 Dental Disease Pattern – Hong Kong WHO 1968 Survey.

²⁹ 6 歲兒童，載於 Report on the fluoridation dental survey of primary school children in Hong Kong.

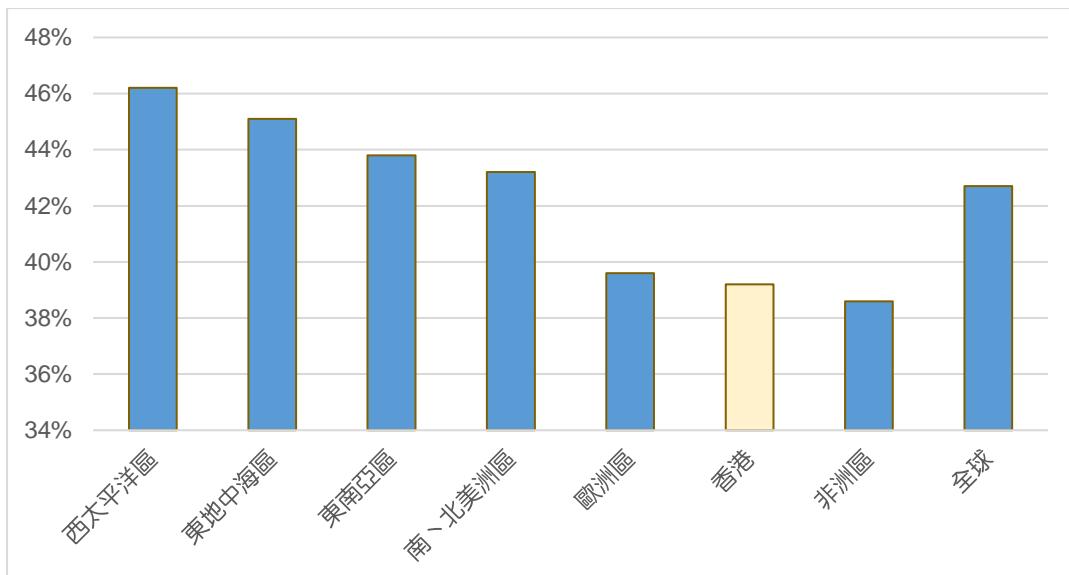
³⁰ 6 歲兒童，載於 A report on a dental survey on primary school children in Hong Kong.

³¹ 5 歲兒童，載於 衛生署 2001 年口腔健康調查報告。

³² 5 歲兒童，載於 衛生署 2011 年口腔健康調查報告。

³³ 5 歲兒童，載於 衛生署 2021 年口腔健康調查報告。

圖五：學前兒童有蛀乳齒（未經治療）百分率



資料來源：世界衛生組織口腔衛生全球狀況報告：到 2030 年實現口腔衛生全民健康覆蓋（英文版完整報告）

3.4 2021 年口腔健康調查發現，絕大部分的 5 歲兒童都有每天刷牙的習慣，但只有約三成兒童經常有家長協助刷牙，同時亦有超過三成兒童每天有兩次或更多吃零食次數。缺乏家長協助刷牙和頻密吃喝都是學前兒童蛀牙的風險因素（表四）。

表四：5 歲學前兒童蛀牙的風險因素

	2001 年 ³⁴	2011 年 ³⁵	2021 年 ³⁶
家長所述子女的刷牙次數			
少於每日一次	9.1%	4.7%	3.3%
每日一次	36.5%	20.7%	18.8%
每日兩次	53.0%	70.6%	76.8%
每日三次或以上	1.4%	3.9%	1.1%

³⁴ 衛生署 2001 年口腔健康調查報告。

³⁵ 衛生署 2011 年口腔健康調查報告。

³⁶ 衛生署 2021 年口腔健康調查報告。

表四：5 歲學前兒童蛀牙的風險因素 5 歲學前兒童（續）

	2001 年	2011 年	2021 年
家長協助子女刷牙的頻密程度			
從不	30.8%	9.8%	9.6%
有時	52.7%	62.3%	59.7%
經常	16.5%	27.9%	30.7%
家長所述子女吃零食次數			
沒有每天吃零食的習慣	#	#	32.6%
每日一次	#	#	33.1%
每日兩次	#	#	24.4%
每日三次或以上	#	#	9.9%

資料未有列載於原報告

3.5 針對學前兒童的蛀牙情況，香港大學牙醫學院於 2019 年開始推行「賽馬會幼童健齒計劃」，由香港賽馬會慈善信託基金贊助計劃至 2025/26 學年。計劃為全港超過 18 萬名約 3 至 6 歲幼稚園學童提供免費牙科檢查及使用氟化氫銀治療以控制蛀牙情況。計劃亦為學童家長舉辦口腔健康教育講座，由計劃團隊的牙醫簡介常見的孩童口腔疾病和口腔護理，更會為有嚴重蛀牙的學童及其家長提供個人諮詢。同時，計劃為幼稚園教師提供培訓，讓教師能更有效地向幼稚園學童傳遞口腔健康訊息。香港大學牙醫學院所收集的數據顯示，計劃有效減緩學前兒童的蛀牙惡化³⁷，工作小組認為類似計劃能有效減緩蛀牙，值得繼續推行。

3.6 雖然使用氟化氫銀治療可以控制蛀牙情況，但 3 至 6 歲的幼稚園學童仍然有蛀牙，意味 3 歲前嬰幼兒時期的生活習慣存在了不少蛀牙風險。很多家長以為蛀壞的乳齒待換掉便可，但如果自小養成的不良口腔衛生、飲食習慣和生活模式不變，乳齒患有蛀牙的兒童，日後他們的恆齒會有很大風險患上蛀牙。因此，工作小組認為應該加強教育父母培養子女於 3 歲前建立良好的口腔健康生活習慣，以預防在全生命周期都會產生的蛀牙問題。

³⁷ F Zheng, E Lo, CH Chu. Outreach Service Using Silver Diamine Fluoride to Arrest Early Childhood Caries. International Dental Journal 2023;73(5):598-602

小學學童

3.7 表五顯示學童恆齒的蛀牙情況與學前兒童的蛀牙情況類似，而在 1961 年食水中加入氟化物後，學童有恆齒蛀牙的百分率有所下降。自 1980 年起，衛生署為本港的小學生提供牙科保健及治療服務³⁸，參加的學童每年獲安排到指定的學童牙科診所接受口腔檢查、基本的預防性及治療性牙科服務。然而在 1980 年學童牙科保健服務成立初期，學童的蛀牙情況並未有明顯改善。香港大學在學童牙科保健服務成立後數年曾經進行一項研究³⁹，指出「學童牙科保健服務有效減少未接受治療的蛀牙，但未能減少因蛀牙而失掉的牙齒」。這項研究建議學童牙科保健服務應採取預防政策，而非僅靠修復治療。隨後，學童牙科保健服務採納 1991 年醫務發展諮詢委員會牙科小組提出的一系列建議，加強預防性牙科服務，包括廣泛使用窩溝封閉劑和牙面氟化物。隨後的口腔健康調查，都發現 12 歲學童有恆齒蛀牙的百分率持續下降，工作小組的檢視發現，有關百分率由 1960 年的 94.9% 減少至 2021 年的 16.3%。

表五：1960 至 2021 年間學童恆齒蛀牙情況

調查年份	學童百分率		恆齒平均數	
	有蛀失補恆齒學童	有未經治療蛀牙 (恆齒)學童	蛀失補恆齒	蛀牙 (恆齒)
1960 年 ⁴⁰	94.9%	#	4.4	4.1
1961 年開始實施於食水中加氟化物				
1968 年 ⁴¹	68.3%	64.2%	2.0	1.7
1980 年 ⁴²	57.3%	#	1.5	1.4
1980 年學童牙科保健服務展開				
1987 年 ⁴³	54.0%	#	1.2	0.3
1991 年後學童牙科保健服務採用預防性政策				

³⁸ 同時為在特殊學校就讀、未滿 18 歲的智障及/或肢體傷殘（如腦麻痺）學生提供學童牙科保健服務。

³⁹ Evans RW & Lo ECM. Effects of School Dental Care Service in Hong Kong – primary teeth. Community Dentistry Oral Epidemiology 1992;20:193-195

⁴⁰ 9 至 11 歲兒童，載於 Report of the 1st (pre-fluoridation) dental survey of school children in Hong Kong.

⁴¹ 11 歲兒童，載於 Dental Disease Pattern – Hong Kong WHO 1968 Survey.

⁴² 11 歲兒童，載於 Report on the fluoridation dental survey of primary school children in Hong Kong.

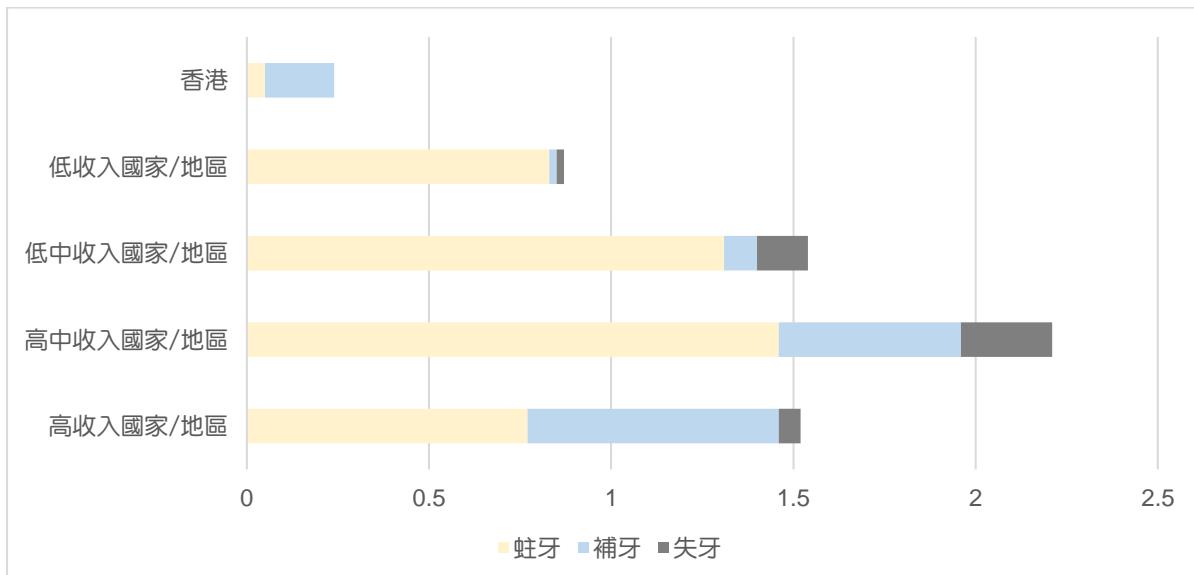
⁴³ 11 歲兒童，載於 A report on a dental survey on primary school children in Hong Kong.

調查年份	學童百分率		恆齒平均數	
	有蛀失補恆齒學童	有未經治療蛀牙 (恆齒)學童	蛀失補恆齒	蛀牙 (恆齒)
2001 年 ⁴⁴	37.8%	6.9%	0.8	0.1
2011 年 ⁴⁵	22.6%	5.4%	0.4	0.1
2021 年 ⁴⁶	16.3%	4.2%	0.24	0.05

資料未有列載於原報告

3.8 與全球各地比較，香港 12 歲學童的蛀失補恆齒數目位於相當良好的水平，而且未經治療的蛀牙比例很低，已失去牙齒數目近乎沒有（圖六），證明學童牙科保健服務可以做到預防、早發現、早治療蛀牙。

圖六：十二歲學童有蛀失補恆齒平均數



資料來源：FDI World Dental Federation <The Challenge of Oral Disease - A Call For Global Action>

3.9 接受口腔健康調查的 12 歲學童大部分升上中學不久，調查問卷包括詢問家長有沒有帶子女尋求口腔檢查的打算，2021 年口腔健

⁴⁴ 12 歲兒童，載於衛生署 2001 年口腔健康調查。

⁴⁵ 12 歲兒童，載於衛生署 2011 年口腔健康調查。

⁴⁶ 12 歲兒童，載於衛生署 2021 年口腔健康調查報告。

康調查發現有近四成家長表示沒有計劃帶學童往見牙醫作口腔檢查（表六），因此有可能錯失了早發現、早治療牙患的機會。

表六：12 歲學童家長帶子女見牙醫作定期檢查牙齒的意向

	2001 年 ⁴⁷	2011 年 ⁴⁸	2021 年 ⁴⁹
無意帶子女見牙醫作檢查	58.3%	35.9%	37.5%
有意帶子女見牙醫作檢查	41.7%	64.1%	62.5%

成年人及長者

3.10 有關香港成年人和長者的口腔健康，有大約三十年的歷史數據可供參考（表七）。在這段時間內，成年人保存牙齒數目一直維持在高水平，幾乎沒有成年人失去所有牙齒。成年人有未經治療蛀牙的比率一直是約三成，然而未經治療蛀牙的數目很低。成年人患嚴重牙周病的比率則呈上升的趨勢。

表七：1991 至 2021 年間 35 至 44 歲成年人口腔健康情況

	1991 年 ⁵⁰	2001 年 ⁵¹	2011 年 ⁵²	2021 年 ⁵³
牙齒平均數目	27.5	28.1	28.6	28.9
失去所有牙齒百分率	0%	0%	0%	0%
蛀牙				
未經治療蛀牙平均隻數	1.0	0.7	0.7	0.7
成年人有未經治療蛀牙百分率	#	32.0%	31.2%	31.7%
牙周病				
嚴重牙周病（有深牙周袋）的百分率	#	7.1%	9.8%	14.8%

資料未有列載於原報告

3.11 而 65 至 74 歲長者方面，保存牙齒數目在過去的三十年一直在上升，由 1991 年每位長者平均有 15 顆牙齒，增加至 2021 年有近

⁴⁷ 衛生署 2001 年口腔健康調查報告。

⁴⁸ 衛生署 2011 年口腔健康調查報告。

⁴⁹ 衛生署 2021 年口腔健康調查報告。

⁵⁰ 香港大學牙醫學院 1991 年進行的口腔健康調查。

⁵¹ 衛生署 2001 年口腔健康調查報告。

⁵² 衛生署 2011 年口腔健康調查報告。

⁵³ 衛生署 2021 年口腔健康調查報告。

23 顆。另一方面，長者失去所有牙齒的百分率則一直下降，由 1991 年的 12% 減少至 2021 年的 0.9%。長者有未經治療蛀牙的比率維持接近一半，未經治療蛀牙平均隻數亦保持未有大變化，但由於保存的牙齒總數一直上升，未經治療蛀牙的比率實際上持續減低，由 1991 年的 9.3% (1.4/15) 減少至 2021 年的 5.3% (1.2/22.8)。而與成年人的情況近似，長者患嚴重牙周病的比率同樣呈上升的趨勢（表八）。

表八：1991 至 2021 年間 65 至 74 歲非居於院舍長者口腔健康情況

	1991 年 ⁵⁴	2001 年 ⁵⁵	2011 年 ⁵⁶	2021 年 ⁵⁷
牙齒數目	15.0	17.0	19.3	22.8
失去所有牙齒的百分率	12.0%	8.6%	5.6%	0.9%
蛀牙				
未經治療蛀牙平均隻數	1.4	1.3	1.3	1.2
有未經治療蛀牙的百分率	#	52.9%	47.8%	47.1%
牙周病				
嚴重牙周病（有深牙周袋）的百分率	15.0%	11.0%	20.4%	25.8%

資料未有列載於原報告

3.12 與全球各地比較，香港 65 至 74 歲長者失去所有牙齒的百分率位於相當良好的水平（圖七）。

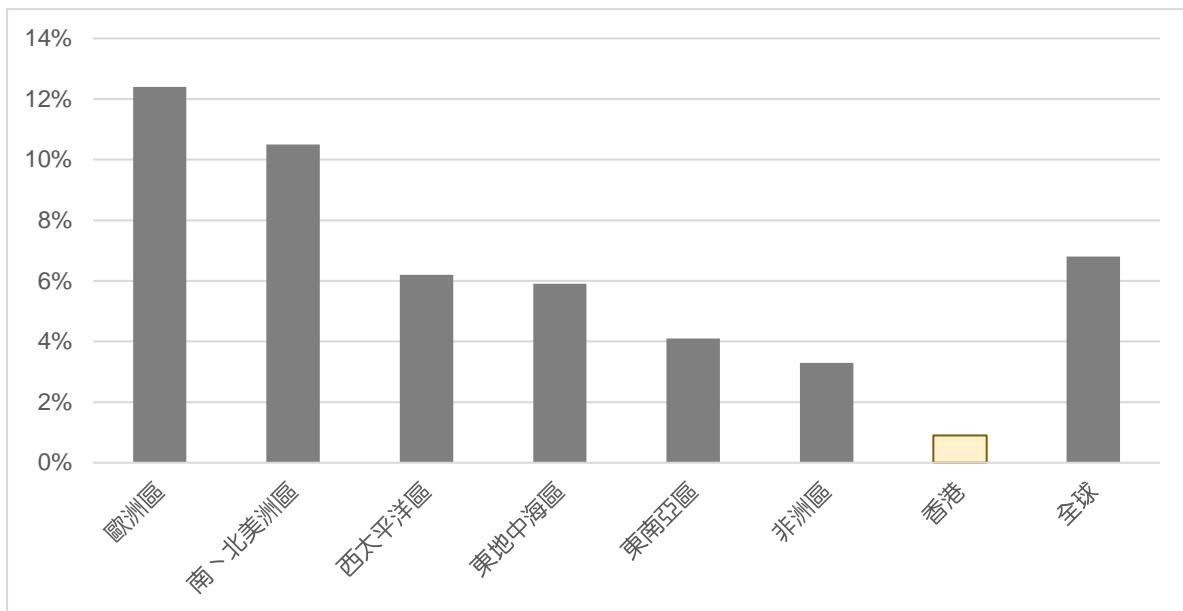
⁵⁴ 香港大學牙醫學院 1991 年進行的口腔健康調查。

⁵⁵ 衛生署 2001 年口腔健康調查報告。

⁵⁶ 衛生署 2011 年口腔健康調查報告。

⁵⁷ 衛生署 2021 年口腔健康調查報告。

圖七：長者失去所有牙齒比率全球比較



資料來源:世界衛生組織口腔衛生全球狀況報告:到 2030 年實現口腔衛生全民健康覆蓋 (英文版完整報告)

3.13 2021 年口腔健康調查的結果顯示，非居於院舍長者失去臼齒的比率亦比其他牙齒高 (表九)，因此，工作小組亦嘗試尋找成年人會失去牙齒的風險因素。

表九：65 至 74 歲非居於院舍長者牙齒缺失位置分布

	臼齒（後牙）	前臼齒	門牙和犬齒
牙齒缺失位置			
上排牙齒	33.8%	23.8%	14.3%
下排牙齒	42.3%	17.6%	11.5%

資料來源：衛生署 2021 年口腔健康調查

3.14 每天刷牙幾乎已經是所有成年人的習慣。同時，每天清潔牙齒鄰面 (即清潔牙縫) 的成年人比率比十年前幾乎翻倍 (表十)。牙齒有可見的牙菌膜覆蓋和牙石積聚的成年人人數顯著減少。這些數據似乎顯示市民已經養成良好的口腔衛生習慣。

表十：35 至 44 歲成年人口腔衛生習慣

	2001 年 ⁵⁸	2011 年 ⁵⁹	2021 年 ⁶⁰
刷牙次數			
間中刷牙	#	1.1%	0.2%
每日一次	#	21.7%	13.8%
每日兩次或以上	#	77.2%	86.0%
清潔牙縫的習慣			
沒有清潔牙縫	#	56.0%	35.6%
間中清潔牙縫	#	28.7%	36.8%
每日清潔牙縫	#	15.4%	27.6%

資料未有列載於原報告

3.15 然而，調查亦發現有牙周袋（包括深度 4 至 5 毫米的淺牙周袋和深度 6 毫米以上的深牙周袋）的成年人比率由 2011 年的 39.6% 增加至 2021 年的 57.4%。進一步分析後，發現成年人大多數牙齦出血和牙周袋都位於臼齒（後牙）（表十一）。牙齦出血和牙周袋通常出現於臼齒，亦表示成年人未來失去臼齒比失去其他牙齒的機會高。

表十一：35 至 44 歲成年人牙齦出血和牙周袋位置分布

	臼齒（後牙）	前臼齒	門牙和犬齒
淺牙周袋（牙周袋深度 4 至 5 毫米）			
上排牙齒	24.0% *	13.7%	8.4%
下排牙齒	15.2% *	8.1% *	6.2%
深牙周袋（牙周袋深度 6 毫米以上）			
上排牙齒	3.4%	1.1% **	1.0%
下排牙齒	3.3% **	0.4% **	0.4%

資料來源：衛生署 2021 年口腔健康調查

* 在這類牙齒組別有 80% 以上在檢查時有出血狀況

** 在這類牙齒組別有 90% 以上在檢查時有出血狀況

⁵⁸ 衛生署 2001 年口腔健康調查報告。

⁵⁹ 衛生署 2011 年口腔健康調查報告。

⁶⁰ 衛生署 2021 年口腔健康調查報告。

3.16 牙齦出血和牙周袋都是牙周病的病徵，主要成因是日常清潔牙齒不夠徹底。單靠刷牙其實不足以徹底清除牙菌膜，還需要根據牙科專業人員指導清潔牙縫。縱使每日清潔牙縫的成年人比率幾乎翻倍，但僅有 27.6% 的成年人每日清潔牙縫，這不利於預防口腔疾病，尤其是牙周病。工作小組認為市民必須明白，單靠每天刷牙的習慣，並不足以減低將來失去牙齒的風險。由於每個人的口腔情況都不同，由牙科專業人員作個人化的指導，選擇清潔工具和掌握正確使用不同工具的技巧最為恰當，尤其是聚焦患牙周病風險較高、清潔牙齒技術要求亦較高的臼齒位置。因此，市民必須明白，現有的口腔衛生習慣仍然無法充分預防牙周病和牙齒缺失，尤其是失去臼齒的風險特別高。

香港市民未來口腔健康

3.17 工作小組檢視過往及最新的口腔健康調查結果後，認為政府歷年推行多項口腔健康公共衛生措施，包括於食水中加入氟化物、成立香港大學牙醫學院、開展學童牙科保健服務等，均有效改善市民口腔健康，蛀牙普遍程度下降，而長者保存牙齒數目亦持續增加。

3.18 工作小組認為，縱使市民看似有不錯的清潔牙齒習慣，但定期見牙醫作風險評估和口腔檢查的比率普遍較低，市民可能以為自我的生活習慣已經足夠預防牙患。因此，工作小組認為必須提醒市民及早糾正一些普遍存在的誤解，並提升關於口腔健康、牙患成因和牙科服務的認知。

誤解一：小朋友的乳齒會換掉，所以即使有蛀牙也沒有大問題！

正解一：幼童乳齒出現蛀牙，與口腔衛生及飲食習慣相關，蛀了的乳齒的確會換掉，但如不及早糾正習慣，日後恆齒亦容易有蛀牙問題。

誤解二：每日都有刷牙就足以預防牙患！

正解二：個人口腔衛生措施包括清潔牙齒、牙齦和牙縫，單靠刷牙未必能夠有效清潔到後牙的牙面，也難以清潔牙縫。市民應該不時向牙科專業人員諮詢，根據個人的口腔情況選擇合適的工具和使用正確的方法，以確保徹底地清潔牙齒。

誤解三：沒有口腔不適就代表牙齒健康，無需要作口腔檢查！

正解三：由於初期牙患可能沒有明顯症狀，若患者於感到不適才諮詢牙醫，就已錯失及早治療的良機。市民即使自覺口腔健康狀況良好，都應該定期接受牙科專業人員進行的口腔檢查！

圖八：促進口腔健康的生活模式



第四章

口腔健康及牙科護理體系發展策略

摘要

工作小組檢視現有各項資助牙科服務，認為雖然政府過去多年一直大幅增加投放於各項直接提供或資助牙科服務的資源，但資源的使用「重治療、輕預防」，整體而言成本效益不高。

工作小組建議政府為市民建立以預防為重的基層口腔健康護理體系，提升市民的認知，實踐預防、早發現、早治療，減少對牙科治療的需求。另一方面，政府應該為有經濟困難和特殊需要的弱勢社群，聚焦地提供適切的牙科服務，務求確保該等社群能獲取必需的牙科護理。

工作小組建議政府繼續留意社會對牙科服務的需求和業界的人手狀況，檢視本港醫療專業人手的發展和培訓策略，確保牙醫和牙專人員的供應，以及訓練內容能配合整體口腔健康及牙科護理策略發展需要。

口腔健康服務的融資模式應以共同承擔的制度為基礎，工作小組建議政府根據市民的經濟負擔能力分配服務資助，鼓勵公眾承擔部分服務成本，管理自身的健康。政府亦應該充分使用電子口腔健康紀錄監察相關的醫療護理服務，以確保服務成效，並不斷完善服務安排。

4.1 工作小組在第一章指出，發展口腔健康及牙科護理體系的目標是透過預防牙患、保存牙齒以促進市民身體健康。政府一直投放資源推動口腔健康教育及發展牙科服務，惠及各年齡層市民及有需要群組（見第二章）。工作小組注意到香港市民的口腔健康持續進步，在全球比較中亦位於相當良好的水平。然而，市民仍然面對牙患和失去牙齒的風險（見第三章）。工作小組討論如何更有效運用資源，發展更完善的口腔健康及牙科護理體系，提升市民大眾的口腔健康。

口腔健康政策

4.2 在進一步建議口腔健康及牙科護理的發展策略前，工作小組認為應該先確立政府未來的口腔健康政策，而政策必須反映預防牙患的可行性和口腔健康對身體健康的重要性，從而向市民解釋轉型為專注於預防的口腔健康及牙科護理體系的需要。工作小組建議政府總結過往經驗，除了促進市民對口腔健康的認識，亦需要透過基層口腔健康護理，建立一個有利市民建立良好的口腔衛生習慣的環境，更有效預防牙患。

4.3 預防牙患的成效可以透過市民保存的牙齒數目作評估。例如日本在 1989 年提出了 80/20⁶¹的目標，而國家的《健康口腔行動方案（2019 年 - 2025 年）》⁶²，亦設定 65 至 74 歲老年人於 2025 年保存 24 顆牙齒為工作目標。以上兩個目標都表明，年老時失去牙齒是可以避免，這個認知亦是非常重要。工作小組認為市民的觀念亦須要改變，縱使已經失去部分牙齒，口腔健康及牙科護理的重點應該放在保護仍然保存的牙齒。

4.4 工作小組建議政府採納以下的口腔健康政策：

- 口腔健康是構成身體健康的重要一環。政府口腔健康政策目標是要令全港市民能夠改善口腔衛生和生活模式，進一步提升口腔健康及身體健康水平；
- 政府透過宣傳、教育、推廣及發展基層口腔健康及牙科護理，協助全港市民自我管理口腔健康，實踐重預防、早發現、早治療牙患，以保存牙齒；及
- 政府聚焦為有經濟困難和特殊需要的弱勢社群，提供適切的口腔健康和牙科護理服務，務求確保該等社群能獲取必需的牙科護理。

工作小組認為，以上建議的政策將重點增加基層口腔健康護理的使用，長遠可以減少可避免、複雜而且昂貴的牙科治療服務需求，同時亦降低市民使用牙科街症服務的需要。

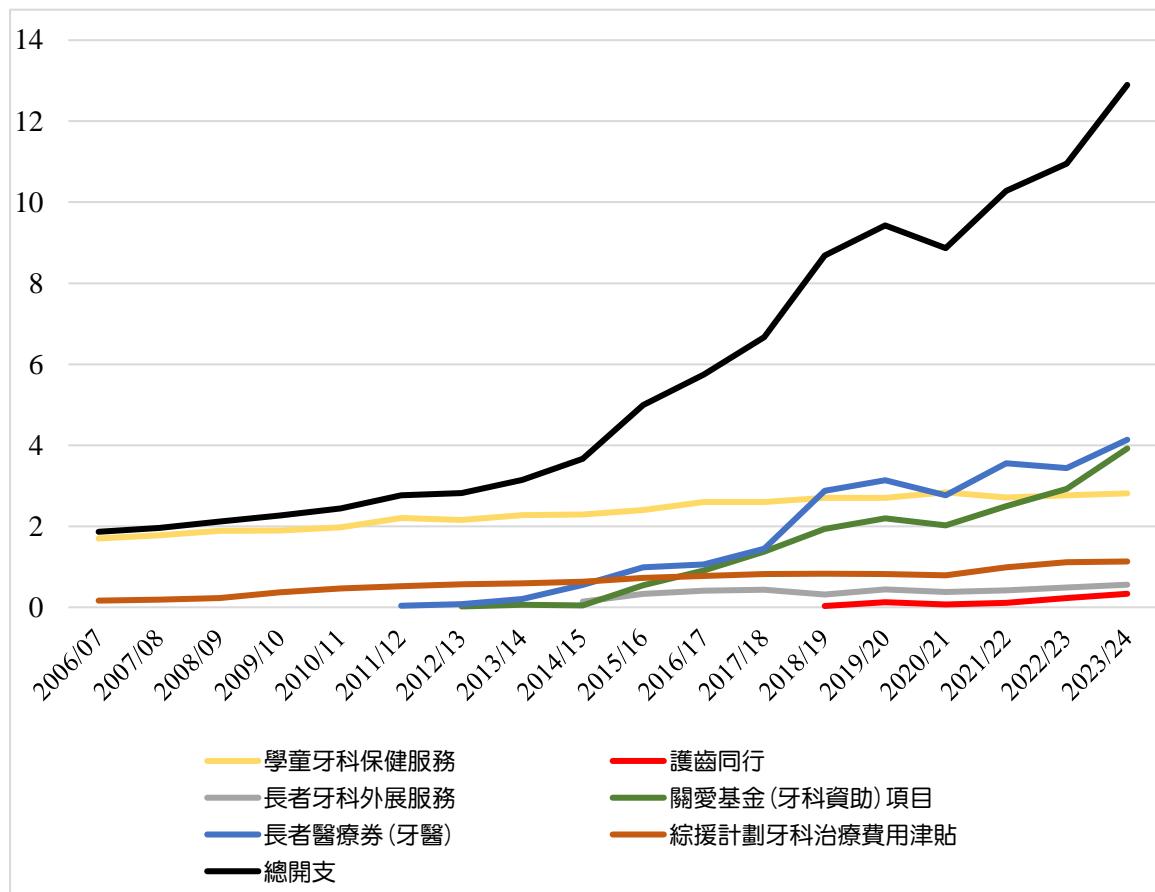
⁶¹ 即 80 歲的長者仍保存最少 20 隻牙齒。

⁶² <http://www.nhc.gov.cn/jkj/s5878/201902/b049d0f3c9b44ee48ac4c936f41cbb0e.shtml>

政府用於提供或資助牙科服務的開支

4.5 工作小組留意到，政府過去多年投放於提供或資助牙科服務的資源一直大幅增加（圖九）。近十年的增加幅度較大，由 2014/15 年度的 3 億 6,660 萬元增加至 2023/24 年度的 12 億 8,960 萬元，十年間增幅為 2.5 倍，平均每年增幅約為 15.6%。

圖九：2006/07 年度至 2023/24 年度政府提供或資助牙科服務開支（億元）



資料來源:相關政府部門資料

特殊口腔護理服務、醫院牙科服務及牙科街症服務開支由衛生署的整體撥款承擔，由於沒有備存分項數字，因此並未包括在圖內。

4.6 香港正面對人口老化的挑戰，65 歲以上的人口預計會由現時約 170 萬上升至 2046 年的 275 萬，人口老化及慢性疾病病患率上升，預計將對第二層/第三層醫療帶來沉重負擔。同樣道理，假如長者牙患的比率維持不變，口腔健康及牙科護理體系亦將會面對極大壓力。牙科服務開支方面，若只計算聚焦長者的「長者醫療券計劃」下牙醫申領的款項和由關愛基金撥款的「長者牙科服務資助」項目這兩個項目的開支，由 2015/16 年度的 1 億 5,280 萬元增加至 2023/24

年度的 8 億 570 萬元，八年間升幅超過四倍。工作小組認為，唯有透過全民及早開始預防牙患，減少對治療性牙科服務的需求，才可以更具成本效益地運用公帑及確保口腔健康及牙科護理體系的可持續性。

表十二：政府近四個財政年度用於公營或資助牙科服務開支一覽表

	2020/21 年度	2021/22 年度	2022/23 年度	2023/24 年度
特殊口腔護理服務	此3項服務的開支由衛生署的整體撥款承擔，因此未能提供相關分項數字。			
醫院牙科服務				
緊急牙科服務				
學童牙科保健服務	2.838 億元	2.708 億元	2.762 億元	2.816 億元
「護齒同行」計劃	0.068 億元	0.111 億元	0.228 億元	0.334 億元
「長者牙科外展服務計劃」	0.378 億元	0.416 億元	0.486 億元	0.558 億元
關愛基金「長者牙科服務資助」項目	2.023 億元	2.500 億元	2.924 億元	3.920 億元
「長者醫療券計劃」下牙醫申領的款項(香港和香港大學深圳醫院)	2.769 億元	3.557 億元	3.435 億元	4.137 億元
綜合社會保障援助計劃提供的牙科治療費用津貼	0.788 億元	0.989 億元	1.116 億元	1.131 億元
總開支	8.864 億元	10.281 億元	10.951 億元	12.896 億元

資料來源：相關政府部門資料

長者醫療券計劃

4.7 政府推出長者醫療券計劃的政策原意是透過向長者提供財政誘因，讓他們選擇最切合自己健康需要的私營基層醫療服務，包括接受定期口腔檢查、洗牙等預防性牙科服務。工作小組留意到相關服務使用是側重於治療而非預防，以牙醫申報使用的牙科服務數目計算，使用治療性牙科服務（即補牙、脫牙、活動假牙及其他治療服務）的比率一直比預防性牙科服務（即口腔及 X 光檢查、洗牙及預防服務）高，但兩者比重差距逐漸收窄（表十三），而除 2018、2019 年外，使用比率最高的服務是脫牙，並不配合工作小組以保存牙齒

為發展牙科護理的目標，工作小組認為政府應加大力度鼓勵長者使用醫療券於基層醫療服務，盡量保存牙齒。另一方面，鑲活動假牙的比率則呈顯著下降。

表十三：2013 年至 2022 年長者醫療券計劃下牙醫申報使用的牙科服務的比率

年度	服務總數	口腔檢查	X 光檢查	洗牙及預防服務	補牙	脫牙	活動假牙	其他治療服務 ⁶³
2013	43 100	11.5%	8.4%	12.4%	11.7%	24.9%	15.1%	16.1%
2014	89 000	12.8%	9.5%	13.0%	11.7%	22.6%	14.9%	15.5%
2015	134 500	13.5%	9.8%	13.7%	11.8%	20.6%	15.0%	15.6%
2016	150 300	14.4%	11.4%	14.4%	11.5%	19.7%	13.5%	15.1%
2017	216 500	14.1%	12.4%	17.4%	12.1%	18.9%	10.6%	14.5%
2018	384 200	13.6%	13.1%	19.0%	12.9%	17.0%	9.5%	15.0%
2019	408 400	13.5%	13.6%	19.3%	13.0%	16.2%	9.0%	15.4%
2020	329 200	13.7%	15.4%	13.1%	11.5%	19.8%	9.1%	17.4%
2021	410 800	14.2%	15.2%	16.6%	11.7%	18.4%	8.4%	15.5%
2022	385 300	14.1%	15.2%	17.7%	11.5%	18.5%	7.9%	15.2%

資料來源：衛生署 - 醫療券事務科

4.8 工作小組亦注意到，在現行模式中，計劃似乎未能起到引導長者將醫療券用於預防性牙科服務的作用，亦沒有足夠手段監察牙科服務使用情況，因而不利於促進長者的口腔健康。工作小組留意到部分長者可能傾向儲起醫療券金額，留作支付治療性牙科服務費用，但延誤處理牙患只會使病情惡化，最終甚至要把牙齒拔除。因此，工作小組建議政府應加強宣傳教育，使長者明白，及早使用醫療券進行預防性牙科服務，較留待日後用於治療性服務為優。2023 年醫療券計劃下香港牙醫申領的開支約 4 億 1,320 萬元，而政府亦於同年推出獎賞先導計劃，希望藉此可以引導更多長者使用醫療券，接受包括定期口腔檢查的基層醫療服務。

⁶³ 包括治療牙周病、根管治療、牙冠、牙橋等牙科治療服務。

關愛基金「長者牙科服務資助」項目

4.9 由關愛基金撥款的「長者牙科服務資助」項目於由 2012 年 9 月推出，項目服務對象於 2015 年 9 月開始分階段擴展至所有領取長津的長者，至今總支出約 20 億元，每年完成服務人次由早期（2012 年 9 月至 2015 年 8 月）約 1 600 人，及至 2015/16 年度（2015 年 9 月至 2016 年 3 月）的約 4 800 人，增加至 2023/24 年度約 25 800 人，十二年間完成服務長者人數共接近 16 萬人次，截至 2024 年 10 月，尚有近三萬宗個案的申請人亦正接受不同階段的診療服務。支出由 2015/16 年度的 5,295 萬元，增加至 2023/24 年度高達 4 億元，升幅超過 6 倍。

4.10 項目旨在幫助已失去全部或部分牙齒，有牙患和進食或咀嚼困難的長者，透過鑲配活動假牙，以改善他們進食和咀嚼的能力。不過，工作小組留意到，約 13% 服務使用者反映鑲配新活動假牙並未能改善咀嚼或進食能力，資助鑲假牙未能達到預期效果，而有關服務平均成本，以 2023/24 年度服務 25 800 人次計算，每宗個案資助平均高達 15,000 元，遠高於其他政府牙科服務計劃。例如「長者牙科外展服務計劃」，2023/24 年度支出約 4 千 9 百萬元，服務 4 萬 8 千名體弱長者，平均每名長者資助約 1,000 元。

4.11 工作小組亦注意到，長者牙齒數目，受惠於過多年工作的成效，已有一定提升。衛生署 2021 年口腔健康調查發現，非居於院舍長者牙齒平均數目由十年前的 19.3 隻上升至 22.8 隻，失去所有牙齒長者的比率，亦由 5.6% 下降至 0.9%。因此，工作小組認為是時機將策略轉變為鼓勵和引導長者早發現和早治療牙患以保存牙齒，盡量避免脫牙及鑲配假牙。再者，以直接資助或間接鼓勵長者脫牙及鑲配假牙服務，並不符合工作小組訂立保存牙齒以提升市民口腔健康的目標（第 4.4 段）。

4.12 工作小組認為「長者牙科服務資助」項目過往以鑲配活動假牙為主，可能令市民誤以為服務鼓勵脫牙和鑲配假牙。因應工作小組建議，項目已經在 2024 年 7 月優化，容許合資格長者即使不適合鑲配活動假牙，仍然可以申請資助，接受包括口腔檢查、洗牙、補牙等其他項目下規定的牙科服務，這項優化措施旨在鼓勵合資格長

者選擇其他預防性及治療性質的牙科服務及早處理牙患，盡量保存牙齒，避免脫牙及鑲配假牙。

整體服務成效和優次

4.13 工作小組檢視現有各項資助牙科服務，認為雖然政府過去多年一直大幅增加投放於各項直接提供或資助牙科服務的資源，但資源的使用「重治療、輕預防」，整體而言成本效益不高。主要原因是過往的計劃在不同時期推出，按當時情況而實施，並未有通盤及充分考慮投放資源於不同項目的相對成本效益。在資助方面，提供資助時或未有按預防牙患及保存牙齒的方向訂立緩急優次。在現行部分資助牙科服務中，缺乏足夠措施引導服務使用者使用預防性牙科服務，亦沒有足夠手段監察牙科服務使用情況，因而不利於保存牙齒。

4.14 工作小組明白社會上有部分人士希望政府提供更多治療性牙科服務的訴求，特別是費用較高的項目，例如活動假牙、甚至植牙等。雖然治療性牙科服務可以處理牙患引致的後果，但卻不能改變引致牙患的病變過程，不可以根治牙患，牙患始終有很大機會復發。以蛀牙為例，補牙可以修復蛀牙的牙洞，讓牙齒回復正常的咀嚼功能，但補牙卻不能改變引致蛀牙的礦物質流失，新的蛀牙洞會再出現。引致蛀牙的礦物質流失，與頻密吃喝、經常在正餐之間吃零食等生活習慣有很大關係，要預防新的蛀牙洞再出現，就需要在個人行為上作出改善。

4.15 要從根本上扭轉「重治療、輕預防」的現況，工作小組認為必須提升和糾正市民關於口腔健康、牙患成因和牙科服務的認知，要改善口腔健康，除了由政府提供牙科服務，市民亦必須改變相應的口腔健康行為。工作小組經檢視後，認為向全港市民不論經濟能力，以公帑提供或資助全面的治療性牙科服務，並不符合作為發展以預防為重的口腔健康和牙科護理體系，以及鼓勵市民為自己的口腔健康負責的政策目標，會加劇現時「重治療、輕預防」的弊端，在公帑運用上不具成本效益亦不能持續，政府財政上無法負擔亦會擠兌可用於其他醫療服務的資源。

4.16 經過深入的分析和討論，工作小組認為基層口腔健康護理應該獲得更優先的關注，而且仍然有很大的發展空間。政府應該配合世界衛生組織《口腔衛生全球戰略和行動計劃（2023-2030年）》及國家《健康口腔行動方案（2019年-2025年）》建立以預防為重的口腔健康護理體系的建議，以及《基層醫療健康藍圖》專注於預防性基層醫療健康體系的策略，為市民建立以預防為重的基層口腔健康護理體系，減少對牙科治療的需求，以提高口腔健康及牙科護理體系的效率，和提升市民口腔健康的效果為目標，以使政府持續投放於口腔健康和牙科護理的資源，運用得更具成本效益和可持續性，達致促進市民口腔健康和身體健康的政策目的。另一方面，政府應該為有經濟困難和特殊需要的弱勢社群，聚焦地提供適切的牙科服務，務求確保該等社群能獲取必需的牙科護理。

基層口腔健康護理

風險評估及個人化口腔衛生指導

4.17 工作小組檢視2021年口腔健康調查後指出，所有市民不論年紀，都應不時學習和重溫如何有效清潔牙齒。工作小組認為利用未來增加的牙科護理專業人員（《牙醫註冊條例》有關修訂部分生效前稱為「牙科輔助人員」，以下簡稱「牙專人員」）人手，透過調整後的執業範圍，在現有基層醫療服務系統提供基層口腔健康護理，協助及促進各年齡層的市民執行有助保持口腔健康的生活模式，預防口腔疾病。

4.18 政府在2022年發表的《基層醫療健康藍圖》，提出以社區為本、以家庭為中心的基層醫療策略，工作小組建議基層口腔健康護理應該同樣使用社區為本的策略，透過基層醫療健康體系，加強口腔健康宣傳、推廣和教育，包括令成年人和長者，糾正錯誤觀念和習慣，以及使口腔健康成為市民健康人生計劃的一部分，鼓勵市民維持良好口腔健康習慣和定期接受口腔檢查。

4.19 工作小組在中期報告中認為牙專人員可以在基層口腔健康護理中擔當重要的角色。經修訂的《牙醫註冊條例》已經確立他們的專業地位，容許牙科衛生員（《牙醫註冊條例》有關修訂部分生效前稱為「牙齒衛生員」）在沒有牙醫在場的情況下，進行風險較低的預

防性牙科服務，例如口腔衛生指導、清潔及擦亮牙齒表面（俗稱「拋光」），以及使用牙面氟化物、窩溝封閉劑或其他類似的預防藥劑，亦將會容許牙科治療師在私營牙科診所中提供服務，在牙醫指示及時刻均在該處所的條件下，提供補牙或脫牙服務，讓牙醫可以更集中處理複雜程度較高的牙科治療。《牙醫註冊條例》經修訂後，為政府發展覆蓋面更大及效益更高的基層口腔健康護理，提供了有利條件。牙專人員可擔任的牙科工作範圍列於附件二。

4.20 工作小組在增加牙專人員人手供應方面的建議，將在 4.51 及 4.52 段補充。

定期口腔檢查

4.21 儘管政府一直鼓勵市民定期尋求口腔健康檢查以預防和及早治療牙患，但市民作定期口腔檢查的習慣並不普遍。

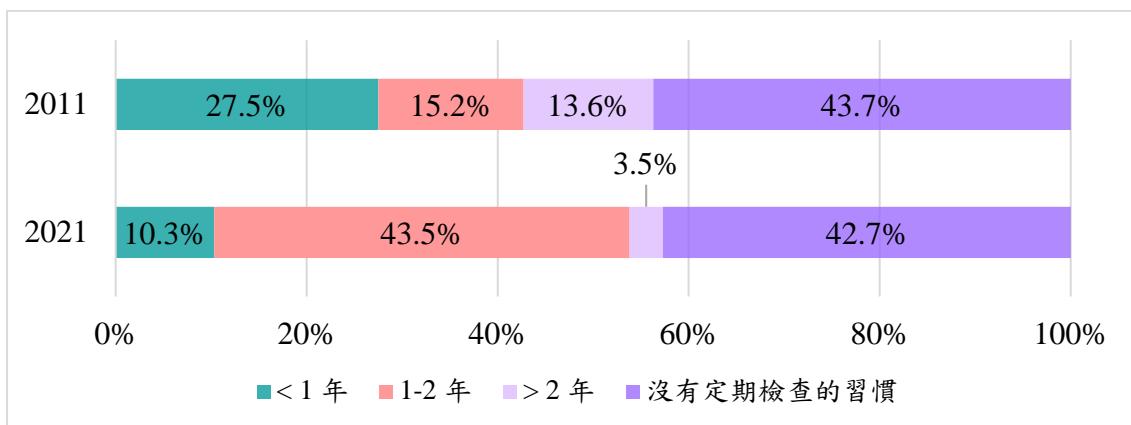
4.22 衛生署 2021 年口腔健康調查發現，只有 26% 的 5 歲兒童曾經由家長帶往見牙醫，當中作口腔健康檢查的只有約四成（即所有 5 歲兒童中約一成），而接近半數（46.5%）均是因為牙齒問題才往見牙醫，這模式近 20 年來改變不大。工作小組同意，對 3 至 6 歲的幼稚園學童使用氟化氨基銀治療，有效減緩學前兒童的蛀牙惡化，但 3 至 6 歲兒童有蛀牙，意味 3 歲前嬰幼兒期的生活習慣仍然存在有蛀牙風險，工作小組認為加強教育父母培養子女於 3 歲前建立正確生活習慣更為重要，建議政府應該利用母嬰健康院、育嬰園等網絡，加強聯繫和教育父母、照顧者及幼稚園老師的工作。

4.23 2021 年口腔健康調查涵蓋的 12 歲學生剛升讀中學，所以他們多數曾在小學階段透過學童牙科保健服務接受口腔健康及牙科護理。調查問及家長是否有意帶 12 歲子女定期檢查牙齒，約 62.5% 表示有意帶子女定期檢查，這與 2011 年調查結果相若，但表示曾經往見牙醫的只有 24.5%，低於 2011 年的 31.8%。另一方面，2021 年口腔健康調查發現，有定期到牙科診所檢查口腔或洗牙習慣的成年人比率與十年前相若，而檢查的時間間隔在一至兩年的人數比率與十年前相比有所增多，但時間間隔在一年內的人數比率則有所減少（圖

十)，這意味著與 2011 年相比，成年人口腔檢查的時間間隔有所延長（即檢查頻率降低）。

4.24 參考了工作小組中期報告的建議，政府在《2023 年施政報告》中宣布，於 2025 年內推出「青少年護齒共同治理先導計劃」，引導青少年維持終身定期作口腔檢查的習慣，預防牙患。工作小組認同這是正確方向，能在學童牙科保健服務之後的階段，引導市民在青少年階段建立定期作口腔檢查的習慣，市民必須明白維持個人的口腔健康以至身體健康，須要每個人與牙科專業人員結成夥伴，共同努力，才可以達成。

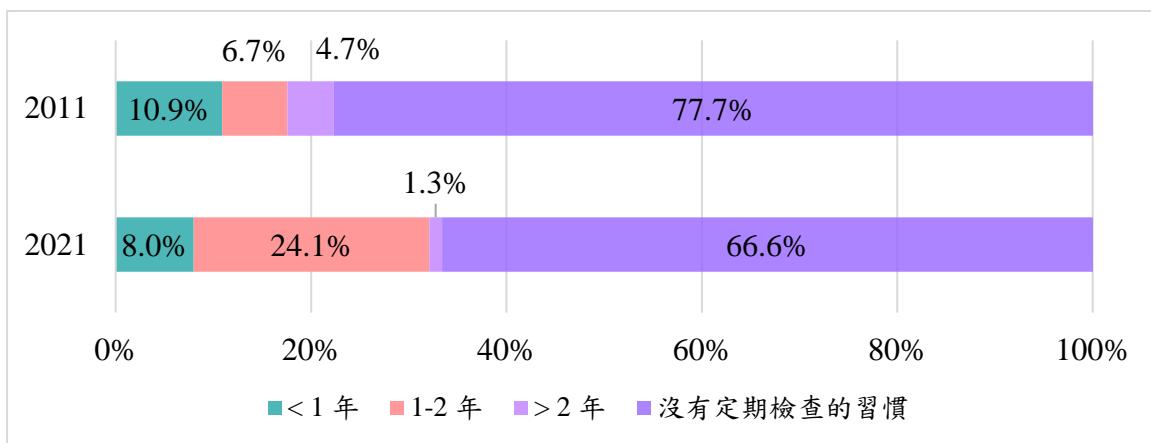
圖十：按檢查口腔習慣劃分成年人的百分率



資料來源：衛生署 2011 及 2021 年口腔健康調查

4.25 至於非居於院舍長者的情況，2021 年口腔健康調查發現有定期檢查口腔習慣的長者比率為 33.4%，與 2011 年的 22.3% 相比，呈持續增加的趨勢。但其中有更多非居於院舍長者每次檢查口腔相隔一至兩年（從 2011 年的 6.7% 增至 2021 年的 24.1%），但相隔少於一年的則有所減少（從 2011 年的 10.9% 減至 2021 年的 8.0%）（圖十一），說明與 2011 年相比，口腔檢查的間隔時間和其他成年人同樣有所延長。

圖十一：按檢查口腔習慣劃分非居於院舍長者的百分率



資料來源：衛生署 2011 及 2021 年口腔健康調查

4.26 根據 2021 年口腔健康調查，沒有接受定期口腔檢查的成年人和長者普遍認為自己的口腔清潔習慣已經足夠預防牙患，但事實上口腔健康調查明確顯示，他們的口腔清潔並不足夠，尤其是臼齒位置。

4.27 沒有接受定期口腔檢查的成年人和長者亦認為口腔檢查費用的不確定性，是他們對口腔檢查卻步的一個原因（表十四）。工作小組建議牙科業界協調制訂適合不同年齡層的口腔檢查必要項目，提高定期口腔檢查費用的透明度，鼓勵市民尋求定期口腔檢查，特別是鼓勵長者使用醫療券於口腔檢查。

表十四：沒有定期檢查者對定期檢查口腔的觀點

觀點	贊同的受訪者比率	
	成年人	非居於院舍長者
只要勤力啲刷牙同埋打理棚牙，就唔駛定期去洗牙啦！	51.8%	64.0%
睇親牙醫都唔知要俾幾錢先至出得返嚟，令到你唔敢隨便去睇牙！	60.6%	58.3%

資料來源：衛生署 2021 年口腔健康調查

牙科治療服務

4.28 工作小組認為政府提供或資助的預防性及治療性牙科服務，應該繼續聚焦地提供予一些在牙科服務方面有特殊需要，或較難獲得一般牙科服務的人士。工作小組在中期報告已經界定三大類弱勢社群，包括：

- (一) 有經濟困難人士；
- (二) 有殘疾或特殊需要人士；及
- (三) 高風險群組。

聚焦有經濟困難人士的資助牙科服務

4.29 工作小組了解政府醫療政策的基本理念是「不會有市民因經濟原因而得不到適當的醫療照顧」。雖然現時部分弱勢社群已經符合接受政府資助或提供的牙科服務資格，但工作小組建議政府仍然需要考慮為現時未獲覆蓋的個別特定弱勢社群（例如無家者），增加資助牙科治療服務。另外，香港非居於院舍長者保存牙齒數目，由2011年口腔健康調查發現的19.3隻，上升至2021年調查的22.8隻；而失去所有牙齒長者的比率，亦由2011年的5.6%，下降至2021年的0.9%（表一），顯示長者對假牙的需求已經比以往減少。

4.30 考慮到政府現在已經投放不少資源資助牙科服務，包括綜援計劃下的牙科治療費用津貼、長者醫療券和關愛基金「長者牙科服務資助」項目，工作小組建議政府持續檢視和優化現時政府整體用於提供或資助牙科服務的資源，檢討資助治療性牙科服務的緩急優次、實際需要及資助比例，包括資助鑲配活動假牙的成本效益，理順服務流程和提升服務效率，確保投放的資源用於服務目標群組和有效達致期望效果，並比對各項公營及資助牙科計劃的成本效益，務求令有限公帑資源發展最大效益。

4.31 政府透過綜援計劃，為因年老、患病、殘疾、單親、失業、低收入或其他原因，在經濟上無法自給的人士提供最後安全網，協助他們應付基本生活需要。綜援計劃現時為受助人提供牙科治療費用津貼，以支付牙科治療服務的費用（津貼內容請參閱第2.24段）。工

作小組認為綜援計劃下的牙科治療費用津貼，已經為經濟上無法自給的人士提供牙科服務安全網。

4.32 政府聚焦有經濟困難人士提供的資助牙科治療服務，應該以服務使用者的經濟困難程度分配服務資助。工作小組建議審核有經濟困難人士以提供資助時，應該盡量利用現有的各項資產及入息審查機制，同時應該考慮更好利用非政府組織及社福機構服務弱勢社群的網絡，更針對性將服務提供予有需要人士。

聚焦有殘疾或特殊需要人士的特殊護理牙科服務

4.33 特殊護理牙科（Special Care Dentistry）是聚焦有特殊需求者（persons with special care needs）提供的牙科服務。特殊護理牙科的精神，是因應服務使用者的特殊需求，提供符合他們需要的牙科服務，而不是只考慮他們的殘障狀況。

4.34 有特殊需求者，普遍因為身心功能障礙而無法獲得一般人的醫療服務。以智障人士為例，根據香港弱智人士家長聯會（家長聯會）於2011年完成的智障成人牙齒診治服務調查，智障人士尋求牙科服務的困難並非只限於經濟原因。一些家長帶同智障子女前往私人牙科診所求診被拒，相信是由於一般牙醫及護理人員缺乏特殊護理牙科相關訓練，未能掌握與智障人士溝通及處理其情緒行為的知識及技巧，因而拒絕為他們提供服務。家長聯會於2018年的另一個調查發現，提供服務給智障人士/有服務過智障人士/願意在未來嘗試提供服務的牙醫比例都較低。家長聯會建議政府及牙醫學會加強對牙醫的培訓，以裝備有意向智障人士提供特殊護理牙科服務的牙醫。

4.35 有特殊需求者的病歷、身體狀況和認知能力都可能會為牙醫在提供牙科治療時帶來挑戰。牙醫需要在護理過程中作出調節，例如提供特殊的設備、特別的治療方法與計劃等，才能讓有特殊需求者享受一般人應有的醫療照顧。英國牙醫學會制訂了一套評估工具⁶⁴，用作衡量牙醫為有特殊需求者診治時需要作出調節的範疇，及各

⁶⁴ Case Mix tool. <https://www.bda.org/about-us/our-structure/representative-committees/community-and-public-dental-service-committee/case-mix/>

範疇中的困難程度，從而反映出向有特殊需求者提供牙科治療所需的額外資源。相關衡量範疇簡述如下：

- **溝通能力**反映牙科治療團隊與有特殊需求者及/或照顧者之間的溝通問題，以確定是否存在溝通限制以及是否需要額外的幫助。
- **合作意願**反映牙科治療團隊在提供牙科治療時所面臨的困難，以確定應採用何種行為管理技術（包括鎮靜麻醉和全身麻醉）令患者接受治療。
- 因應有特殊需求者的健康狀況和病歷而對牙科服務作出不同程度的調整，甚至可能需要跨專科的醫療合作。
- **口腔疾病風險**反映需要比一般情況更多資源作口腔護理的因素，例如額外指導照顧者以減低風險、或一些特別的口腔/牙齒狀況而令治療更困難。
- **牙科服務的可及性**反映有特殊需求者在整個牙科護理過程中所面臨的困難或阻礙。
- **法律和道德約束**反映牙科治療團隊在取得有特殊需求者或其照顧者的同意時可能面臨的困難，包括有關有特殊需求者為精神上無行為能力。

「有殘疾或特殊需要人士」及「高風險群組」

4.36 雖然香港已經推行「長者牙科外展服務計劃」、「護齒同行」計劃和「特殊口腔護理服務」等服務項目，但工作小組認為特殊護理牙科服務仍然有改善空間。工作小組期望「特殊口腔護理服務」和「護齒同行」等特殊護理牙科服務可以擴展至智障人士以外的殘疾或特殊需要群組，並根據個人的特殊需求（而非殘疾的種類），在有需要時提供特殊護理牙科服務。以智障人士為例，智障人士並不一定有牙科服務特殊需求，如輕度智障人士可能沒有特殊需求。現時殘疾人士申請日間和住宿服務，需要社工評估並轉介往康復服務中央轉介系統登記。工作小組建議未來界定特殊護理牙科服務對象時，可以考慮參考上述轉介機制。

4.37 早於 2013 年，衛生署已經在 2011 年口腔健康調查報告中指出，雖然使用社署長期護理服務的體弱長者有不少牙患需要治療，但牙醫在平衡治療效益與長者的病歷、身體狀況等風險後，以長者的最佳利益作考慮，有時候會建議對牙患不作治療。這些長者在入

住安老院舍或接受日間護理中心服務前，自理能力已經逐漸喪失，因而口腔情況亦進一步變差。要避免出現不能作治療的牙患，就必須在喪失自理能力的早期開始加強預防性口腔健康護理。工作小組認為須加強為體弱高風險群組（例如認知障礙症、中風及柏金遜症等病患者）及早提供持續的風險評估和預防性牙科服務。

4.38 因病症而影響自理能力的人士，隨後患上牙科疾病風險較高；而部分病症的患者在接受一般牙科服務時出現併發症的風險也會較高，工作小組統稱以上病患者為高風險群組。由於高風險群組主要在醫院系統中發現，因此工作小組建議政府發展醫院內的特殊護理牙科服務。醫院的特殊護理牙科服務亦可處理高風險出現併發症的複雜個案，成為轉介和訓練中心。

4.39 現時「長者牙科外展服務」和「護齒同行」計劃都提供免費的牙科服務，但受資助者未必有經濟困難。工作小組認為資助特殊口腔護理服務的融資模式應該同樣以共同承擔的制度為基礎，根據服務使用者的經濟困難程度分配服務資助，讓政府騰出資源，更聚焦地幫助弱勢社群。

優化衛生署牙科街症服務安排

4.40 衛生署轄下的牙科診所提供的牙科服務，對象主要是公務員/退休公務員及其合資格家屬，而牙科街症旨在利用牙科診所小部分服務量，為一般市民提供脫牙及止痛等有限度輔助。因應 2019 冠狀病毒病疫情，加上人手不足，牙科街症派籌數量自 2020 年 1 月起減少 25% 至 50%。疫情開始後，牙醫人手不足的情況持續，加上恆常服務流程的更新⁶⁵，現時牙科街症每位病人的診症時間亦因此延長，以致衛生署未能將籌額回復至疫情前水平。

4.41 工作小組在中期報告中指出，衛生署牙醫人手減少，以致未能增加派籌數量，而且增加脫牙服務亦不符合工作小組訂定以保存

⁶⁵ 疫情期間為防止 2019 冠狀病毒傳播，牙科診所需要預留充足時間實行各類感染控制措施，包括：加強環境（如牙椅、漱口盆、工作桌面等）消毒程序和進行口腔 X 光檢查時的感染控制措施、詳細檢查每位病人的病歷，以及要求病人接受口腔檢查前先以消毒漱口水漱口。為符合加強傳染病防控，該等措施已被納入恆常服務所需程序。

牙齒來提升市民口腔健康整體水平的目標。工作小組認為應以新的模式，與非政府組織合作，聚焦地向弱勢社群提供牙科街症服務，同時檢視牙科街症使用資格，並為計劃透過非政府組織提供的資助緊急牙科服務訂立條件例如入息水平，以確保資源更聚焦用於支援弱勢社群。

牙科服務配套安排

4.42 工作小組留意到社會上有建議，為市民購買內地牙科服務或提供資助。工作小組認為政府應該肩負在香港提供優質醫療服務、保障香港市民健康的重要責任，而非輕易將責任轉移至內地醫療系統。香港非政府組織和私營界別的牙科系統，應該繼續作為香港市民最容易取得服務的途徑。工作小組建議政府應主力通過本地醫療系統應付市民對牙科服務的需要，投放資源推動牙科專業的發展，與專業界別攜手推進和強化香港牙科專業的地位和服務。與此同時，工作小組贊同政府為生活於大灣區的香港長者，通過指定醫療券使用點去選擇內地醫療機構，為長者提供多一個服務選擇。

4.43 除了全面檢視政府提供或資助的牙科服務政策方針、服務範疇和服務提供模式，工作小組的檢討範疇亦包括各類牙科專業人力資源及相關培訓，以及牙科服務的配套安排，包括服務模式及財務安排，以及使用電子口腔健康紀錄等。

4.44 工作小組建議推動的基層口腔健康護理，包括口腔疾病風險評估、口腔護理及個人生活模式建議、以及預防口腔疾病的治療（例如在牙齒表面塗上氟化物等）。這些服務的技術複雜程度較低，可以由牙專人員提供。工作小組在中期報告中建議，政府應檢視各類牙科專業人力資源及相關培訓安排，以及讓牙專人員負責更多預防性質的基層口腔健康護理，以配合整體口腔健康及牙科護理策略發展需要。

增加牙科專業人力資源 – 法例規管

4.45 工作小組知悉，政府已在 2024 年 4 月向立法會提交《2024 年牙醫註冊（修訂）條例草案》，就《牙醫註冊條例》進行超過 60 年來最全面的修訂，並在 2024 年 7 月獲立法會通過。經修訂的條例將

於 2025 年起逐步落實，包括增設新途徑容許合資格非本地培訓牙醫來港執業（2025 年 1 月 1 日起實施），以及引入實習及評核期，提升本地牙科畢業生和非本地培訓牙醫的臨牀經驗（預計最快在 2025 年第二季實施）。

4.46 其中，經修訂的條例會將牙科衛生員和牙科治療師均納入法定註冊制度，由牙管會負責規管，以確立牙專人員的專業地位，並確保病人安全及服務質素。有關經修訂的條例下牙專人員可以在基層口腔健康護理中擔當的角色，已經在第 4.19 段提及。

增加牙科專業人力資源 – 培訓安排

4.47 在牙科專業人力資源方面，工作小組認為政府需要致力確保牙專人員能應對本港長遠的口腔健康及牙科護理需求，除了確保人手供應，亦需要加強培訓內容，使牙專人員能配合工作小組建議的預防牙患和保存牙齒政策。

4.48 鑑於口腔健康是身體健康的一部分，工作小組認為牙醫和牙專人員其實屬於專業醫療系統的一部分，除了擅長處理有關口腔健康的問題，亦應該有能力參與基層醫療服務，例如鼓勵牙周病病人作糖尿病篩查及提供戒煙指導等，協助市民促進身體健康。因此，工作小組認為包括香港大學牙醫學院、香港牙醫學會及香港牙科醫學院在內等機構，應該在牙醫學士課程、實習及評核期、持續進修及學士後課程等各階段，加強全科牙醫學（General Dentistry）及社會牙醫學（Community Dentistry）的訓練，令牙醫更有準備配合未來基層醫療，包括基層口腔健康護理的發展。除了牙醫，各培訓機構亦須同時向牙專人員提供相應的培訓。

4.49 另一方面，工作小組亦留意到，參與「長者牙科外展服務計劃」和「護齒同行」計劃的非政府組織，在聘請牙醫加入以上服務時遇到很大困難，考慮到偶有特殊需求者尋求牙科服務被拒的情況，工作小組同時認為香港大學牙醫學院應該加強對牙醫學生在特殊護理牙科方面的培訓，使學生畢業時已經具備照顧有特殊需求者的基本能力。而上述各機構亦應該提供更多持續進修或學士後課程的訓練，以裝備更多有意向有特殊需求者提供特殊護理牙科服務的牙醫。

長遠而言，工作小組建議香港牙科醫學院考慮將特殊護理牙科列為牙科的其中一項專科。

牙科專業人手推算

4.50 工作小組注意到，政府為增加牙醫人手，曾經四度增加大學教育資助委員會資助的牙醫學士課程首年學士學位學額，由 2009/10 學年的每年 50 個增加至 2024/25 學年的 90 個，增幅達百分之八十。工作小組建議政府繼續檢視本地牙醫培訓名額。另一方面，修訂後的《牙醫註冊條例》容許引入合資格非本地培訓牙醫於指明機構執業，工作小組期待政府及牙管會盡早落實以此途徑增加牙醫人手，改善市民的口腔健康服務。

4.51 而牙專人員的執業範圍，經修訂的條例在風險為本的原則下，已經適度調整，讓牙專人員可以在基層口腔健康護理中擔當更重要的角色。工作小組認為下一步應該增加牙專人員的培訓名額，以加強基層口腔健康護理。

4.52 工作小組亦注意到，政府為加強培訓本地牙專人員，已經開始增加牙科衛生員和牙科治療師的培訓學額，由 2023/24 學年的共 95 名增加近一倍至 2024/25 學年的 185 名，工作小組建議繼續逐步增加牙專人員的培訓學額，以配合基層口腔健康護理的發展需要。

4.53 工作小組建議政府繼續留意社會對牙科服務的需求和業界的人手狀況，檢視本港醫療專業人手的發展和培訓策略，並在定期醫療人手推算中加入其他有關牙專人員，確保牙醫和牙專人員的供應。

使用策略性採購

4.54 工作小組在中期報告中建議政府應該盡量利用非政府組織和私營界別的服務能力，加強策略性採購，同時政府應該充分使用電子口腔健康紀錄監察相關的醫療護理服務，以確保服務成效，並不斷完善服務安排。

4.55 策略性採購旨在透過一個主動、實證為本的過程，讓醫療健康系統的得益最大化。該過程界定了誰是服務提供者、採購甚麼服務、應該如何支付這些服務、理想的付費水平，以及支付和獎勵機制。醫衛局會採用採購者與服務提供者分離的模式提供基層醫療健康服務和口腔健康服務，在服務提供者之間引入競爭，增加組織靈活性，加強服務提供者對病人需要的回應能力，從而改善服務，及確保整體成本效益。在提供口腔健康服務方面，工作小組建議以策略性採購模式提供資助牙科服務，將提供服務與達致效果掛鈎，以確保資源投放符合成本效益。

以醫健通監察牙科服務的使用及質素

4.56 工作小組建議，未來政府提供或資助的口腔健康服務，不論是由政府直接提供服務，或是透過策略性採購由非政府組織和私營界別提供，都必須利用電子健康紀錄平台（醫健通）收集醫療及服務數據，以進行分析及評估成效，用於指導服務改善及資源投放的優次，並不斷完善服務安排；另一方面亦讓服務使用者可以透過醫健通流動應用程式，了解自己的治療進度、口腔健康風險的變化等，便利市民自我管理口腔健康。

4.57 截至 2024 年 11 月，全港有超過 1 100 名牙醫（約四成）已登記並可取覽醫健通上的電子健康紀錄。然而，私營牙科醫療機構上載電子口腔健康紀錄的數量極少，幾乎所有在醫健通互通的電子口腔健康紀錄均來自公營醫護（即衛生署和醫管局）。工作小組建議政府全力促進私營牙科業界上載病人電子口腔健康紀錄至醫健通，以免私營牙科醫療機構的低參與率導致病人無法獲得連貫護理服務。

財務安排

4.58 工作小組贊同口腔健康服務的融資模式應以共同承擔的制度為基礎，並建議政府根據市民的經濟負擔能力分配資助，鼓勵公眾承擔部分服務成本，管理自身的健康。政府應該容許服務提供者自由制訂受資助者負責的共付額，鼓勵市場競爭以提高成本效益，但當中必須確保費用透明，讓受資助者自行選擇。工作小組亦建議政府檢討現有各項牙科服務的成本效益，並作適度調整，以按預防牙患及保存牙齒的方向運用現有投放於政府資助牙科服務的資源。

設立口腔健康督導及諮詢架構

4.59 工作小組認為目前提出的建議是改善口腔健康及牙科護理的起點，政府應該參考工作小組的模式成立諮詢小組，跟進工作小組的建議，為口腔健康及牙科護理體系未來發展繼續向政府提出意見，同時監察各項改革措施的推展進度、使用情況、服務成效等。

第五章

口腔健康行動計劃

摘要

參考口腔健康及牙科護理體系發展策略，政府訂立相應的口腔健康行動計劃：

- 做闊做淺 - 積極發展以預防為重的基層口腔健康護理，廣泛地向全港市民按不同年齡層推廣，協助市民自我管理口腔健康，建立良好口腔衛生習慣和生活模式，並自覺接受定期口腔檢查及風險評估；
- 做窄做深 - 聚焦地為較難獲得牙科服務的弱勢社群，包括有經濟困難人士、有殘疾或特殊需要人士及高風險群組，以公營或資助模式提供必需的牙科服務，包括預防性和治療性的口腔健康及牙科護理服務；
- 增加牙科專業人力資源支援基層口腔健康護理；
- 發展醫健通以涵蓋牙科服務並支援策略性採購；及
- 設立督導及諮詢架構，持續監察各項措施的推展進度和成效。

投放資源達致保存牙齒

5.1 政府一向重視市民口腔健康，過去投放於牙科服務的資源一直在增加。未來政府會採用工作小組建議的口腔健康政策（見第 4.4 段），繼續投放資源於口腔健康及牙科護理，目標是強化基層口腔健康護理服務供應，減少可避免且昂貴的牙科治療需求，降低患蛀牙、牙周病等牙患水平，增加長者能夠保存的牙齒數目，最終達致促進市民口腔健康和身體健康。

圖十二：做闊做淺、做窄做深的意義



預防性基層口腔健康護理 - 做闊做淺

5.2 政府接受工作小組的建議，積極發展以預防為重的基層口腔健康護理，廣泛地向全港市民按不同年齡層推廣，協助市民自我管理口腔健康，建立良好口腔衛生習慣和生活模式，並自覺接受定期口腔檢查及風險評估。

透過地區康健中心提供口腔健康護理

5.3 有鑑於調查發現香港成年人未能完全有效清潔牙齒，需要加強口腔衛生指導，基層醫療署將在 2025 年安排牙科衛生員在個別地區康健中心/站試行服務，協助及支援地區康健中心/站為各年齡層市民提供口腔健康教育和口腔健康護理。即使市民自覺口腔健康狀況良好，也可以到指定地區康健中心/站接受風險評估，按風險程度接受個人化口腔衛生指導，有需要時會轉介至牙科診所，由牙醫進行全面的口腔檢查及跟進。

5.4 政府期望未來更多牙科衛生員完成訓練後，同類服務可以擴展至全港 18 區的地區康健中心/站，同時建立地區牙醫網絡，加強基層醫療健康服務下口腔健康的內容。

培訓機構加強提供口腔健康護理

5.5 現時牙科衛生員的培訓由香港大學專業進修學院和菲臘牙科醫院提供，而職業訓練局亦將於 2025 年第一季首次開辦牙科衛生護理專業文憑課程，並設牙科護理訓練中心，讓學員進行臨床訓練，亦會舉辦口腔健康教育推廣活動。上述兩項課程在提供培訓的同時，均會配合基層口腔健康護理的發展方向，為更多市民提供口腔護理的資訊，市民亦有機會獲得由學員提供的洗牙服務，令市民有更多獲得基層口腔健康護理的機會。

加強為學前兒童作定期口腔檢查

5.6 國家的《健康口腔行動方案（2019 年- 2025 年）》明確指出生命早期 1,000 天口腔健康服務的重要性，因此需要強化「家長是孩子口腔健康第一責任人」的理念、強化醫療保健人員和兒童照顧者有關嬰幼兒科學餵養知識和技能，從而預防和減少乳齒蛀牙的發生。政府亦認為人生最早期階段的口腔健康護理極之重要，透過在此階段建立良好的生活習慣，有助孩子終身保持口腔及身體健康。

5.7 衛生署口腔健康促進科在 2025 年開始，把聚焦 0 至 3 歲幼兒推行的「陽光笑容寶寶」口腔健康先導計劃，由幼兒中心逐步推展至各母嬰健康院，為學前兒童進行定期口腔檢查及護理指導，及促進家長及早開始建立良好口腔衛生及飲食習慣。

5.8 由香港大學牙醫學院推行的「賽馬會幼童健齒計劃」，為全港 3 至 6 歲幼稚園學童提供免費牙科檢查及使用氟化氫銀治療。該計劃獲香港賽馬會慈善信託基金贊助至 2025/26 學年。衛生署會在 2025 年開始參與該計劃並持續檢視成效，並視乎成效在 2025/26 學年後延續為所有幼稚園學童定期口腔檢查的服務。

引導青少年接受定期口腔檢查

5.9 行政長官在《2023 年施政報告》中宣布，在 2025 年內推出「青少年護齒共同治理先導計劃」，銜接小學學童牙科保健服務，資助 13 至 17 歲青少年使用私營牙科檢查服務的部分費用，並協助青少年與私營界別或非政府組織的牙醫建立夥伴關係，引導他們終身維持定期口腔檢查的習慣，預防牙患，固化良好口腔健康意識和習慣。預計每年約 370 000 名青少年受惠。

5.10 先導計劃要求定期口腔檢查的項目必須包括風險評估、洗牙、按風險程度提供個人化口腔衛生指導及施用氟化物。計劃將以策略性採購方式推行，私人執業和非政府組織牙醫皆可以參與。計劃並採用共同承擔的制度為基礎，政府按每位服務使用者向牙醫提供資助，而服務使用者以共付形式向牙醫支付口腔檢查費用。參與計劃的牙醫可以自訂所收取的口腔檢查共付額，政府會就共付額訂立建議水平，亦會規定參與的牙醫提高收費透明度，公開口腔檢查的收費資料。而青少年的口腔健康狀況、牙醫給予的口腔衛生指導和所接受的牙科服務項目，必須上載至醫健通，以便青少年透過醫健通手機應用程式，閱覽牙醫提供的指示及管理自己的口腔健康，同時使口腔健康紀錄成為青少年終身電子健康紀錄的一部分。

5.11 若青少年需要使用上述口腔檢查項目以外的其他牙科服務，則須自行繳付參與計劃牙醫訂定的收費。政府同時規定參與牙醫必須公開 X 光檢查、補牙及脫牙三項非資助項目的收費資料，增加收費透明度，讓青少年及其家長參考以選擇合適的牙醫及服務。

鼓勵成年人作定期口腔檢查

5.12 透過上文提及的「陽光笑容寶寶」計劃、學童牙科保健服務及「青少年護齒共同治理先導計劃」，政府致力促進市民由出生至 18 歲前接受基層口腔健康護理，同時把資助模式由服務幼童的政府高度資助，逐步過渡到服務青少年的共付形式。

5.13 政府會聯同非政府組織和香港牙醫學會，推動牙科護理業界採納工作小組的建議，參考「青少年護齒共同治理先導計劃」的例子，為不同年齡層市民提供口腔檢查必要項目，並提高牙科服務收

費透明度，消除市民對牙科服務費用不確定性的顧慮，鼓勵市民早發現、早治療牙患。

5.14 牙科衛生員和牙科治療師都將會納入法定註冊制度，由牙管會負責規管，屆時亦容許牙科治療師經註冊後在私營牙科服務點執業，政府會聯同非政府組織和香港牙醫學會，將來善用牙專人員，增加為市民包括低收入群組提供基層口腔健康和牙科護理的服務容量，包括可負擔的洗牙、補牙及脫牙服務，實踐重預防、早發現、早治療的策略。

5.15 此外，私營牙科服務開支中有約 9.6% 融資來自僱主提供的保險計劃（見第 2.27 段），政府認為值得推動提供牙科醫療福利的僱主及機構在其牙科福利中鼓勵定期口腔檢查，以促進預防性牙科服務的使用。

為弱勢社群提供牙科護理服務 - 做窄做深

5.16 政府認同工作小組的意見，政府應聚焦地為較難獲得牙科服務的弱勢社群，包括有經濟困難人士、有殘疾或特殊需要人士及高風險群組，以公營或資助模式提供必需的牙科服務，包括預防性和治療性的口腔健康及牙科護理服務。現時綜援計劃下的牙科治療費用津貼，已經為經濟上無法自給的人士提供牙科服務安全網，政府將聚焦其他有經濟困難人士提供資助牙科服務，以服務使用者的經濟困難程度分配服務資助。審核有經濟困難人士的資助申請時，政府會利用現有的資產及入息審查機制如長津、醫管局醫療費用減免等，以減省行政手續和開支，同時利用非政府組織及社福機構服務弱勢社群的網絡，更聚焦地幫助較難獲得服務的弱勢社群。

5.17 政府未來資助牙科服務時，亦會以重預防及保存牙齒的概念訂定緩急優次，引導服務使用者使用預防性牙科服務。

推出「社區牙科支援計劃」

5.18 行政長官在《2023 年施政報告》提出，衛生署將在 2025 年內與非政府組織合作推出「社區牙科支援計劃」，增加為有經濟困難的

弱勢社群提供的牙科服務，提升服務量、增添服務點和擴展服務範圍。「社區牙科支援計劃」主要利用非政府組織及社福機構服務弱勢社群的網絡，將服務提供予有經濟困難的人士，除了脫牙服務，「社區牙科支援計劃」亦提供補牙服務，在牙醫認為適合的情況下，鼓勵保存牙齒。

5.19 政府計劃在 2026 年，透過「社區牙科支援計劃」，為有經濟困難長者提供牙科服務，接替關愛基金牙科資助項目。屆時「社區牙科支援計劃」將以預防牙患及保存牙齒的方向和實際的治療需要，考慮緩急優次及資助比例，以更好運用有限資源。

優化衛生署牙科街症服務安排

5.20 面對緊急牙科服務有限的資源，政府應聚焦提供服務予有需要的弱勢社群。政府將審視現時毋須資格審查的衛生署牙科街症服務的成本效益及安排，考慮為牙科街症服務引入資格審查，以確保公營醫療資源用得其所。

5.21 衛生署跟進了第八十二號審計報告的建議，包括由 2024 年 6 月 11 日開始，調整牙科街症服務「初步登記」的時間，9 間有「初步登記」安排的牙科街症診所的登記時間，一律由服務當天凌晨零時改為服務前一天晚上 8 時，避免長者輪候至午夜。新安排至今運作暢順。衛生署會繼續密切監察情況。

5.22 此外，衛生署會在 2024 年 12 月內，推出牙科街症服務網上登記系統，屆時市民再無須親身排隊取籌。衛生署會聯絡地區康健中心/站及其他相關的中心/機構，以協助宣傳推廣新安排。

5.23 如第 5.18 段所提及，衛生署將推出「社區牙科支援計劃」，在衛生署牙科街症服務以外，增加為有經濟困難的弱勢社群提供的牙科服務。

擴展特殊護理牙科服務

5.24 政府現有的「特殊口腔護理服務」、學童牙科保健服務及「護齒同行」計劃，已經為智障人士在所有人生階段提供口腔健康及牙科護理的服務。「特殊口腔護理服務」涵蓋的特殊幼兒中心，及學童牙科保健服務涵蓋的特殊學校，都有為智障以外的其他殘疾人士服務。政府未來會改革「特殊口腔護理服務」和「護齒同行」計劃，將特殊護理牙科服務擴展至經社工評估並已接受康復服務的殘疾或特殊需要群組。

5.25 政府同意需要在醫院牙科服務內向高風險群組加強特殊護理牙科服務（見第 4.37 及 4.38 段）。工作小組在第 2.15 及 2.16 段提及現時衛生署轄下設有口腔頷面及牙科診所，而醫管局轄下設有牙科及口腔頷面外科部。衛生署和醫管局的醫院牙科服務正在商討合併，合併後將會探討加強特殊護理牙科服務，詳情將適時公布。

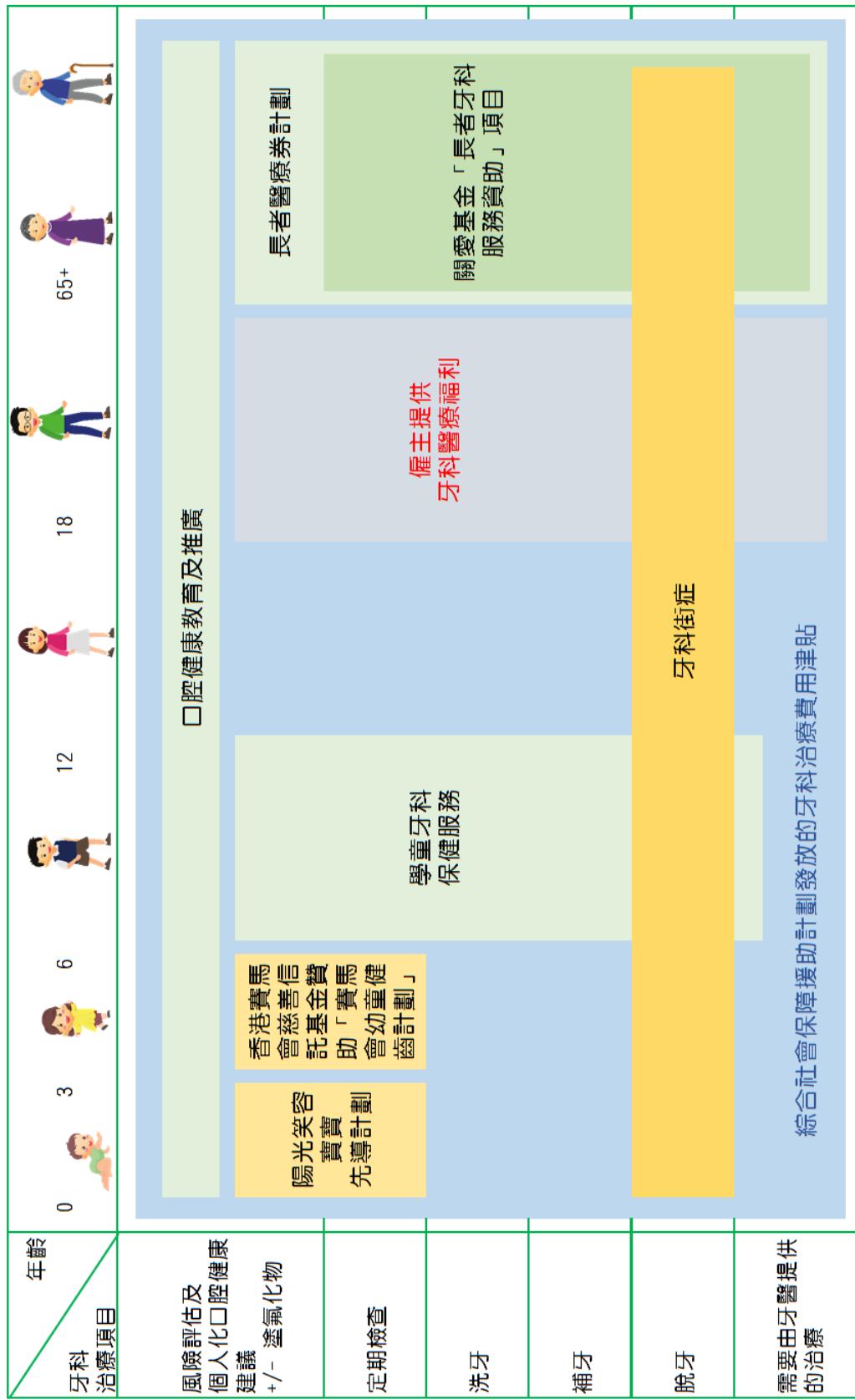
5.26 現時「長者牙科外展服務計劃」和「護齒同行」計劃都提供免費的牙科服務，但受資助者未必有經濟困難。基於共同承擔的制度為基礎，未來特殊護理牙科服務的資助比率應根據服務使用者的經濟負擔能力釐定，讓政府將騰出的資源，更聚焦地提供予其他弱勢社群。

5.27 政府了解非政府組織在聘請牙醫加入特殊護理牙科服務時遇到很大困難。由於參加服務的牙醫數目有限，各項計劃的服務能力仍有改善空間。政府認同工作小組的建議，認為香港大學牙醫學院、香港牙醫學會及香港牙科醫學院等機構，應該提供更多特殊護理牙科、全科牙醫學及社會牙醫學訓練，以配合未來基層口腔健康護理和特殊護理牙科服務的發展，同時建議香港牙科醫學院將特殊護理牙科列為牙科下的一項專科。

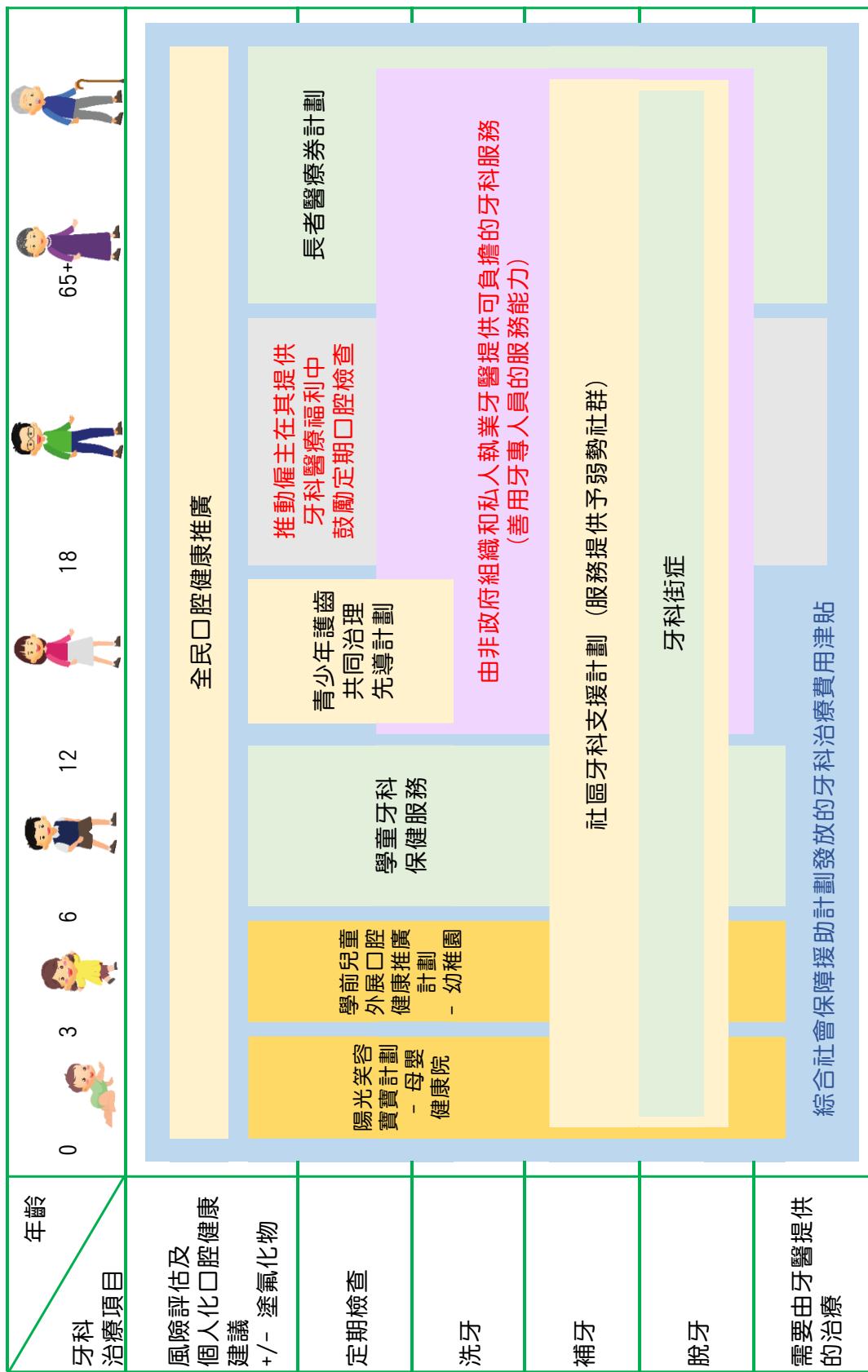
口腔健康及牙科護理體系佈局

5.28 在工作小組檢討前，香港的口腔健康及牙科護理體系佈局大致如圖十三。政府考量工作小組的各項建議後，期望透過上述的口腔健康行動方案，強化不同類型及聚焦不同群組的服務。在各項措施推出後，香港的口腔健康及牙科護理體系佈局將大致如圖十四。

圖十三：現時香港的口腔健康及牙科護理體系佈局



圖十四:各項措施推出後,香港的口腔健康及牙科護理體系佈局



增加牙科專業人力資源

5.29 如第 4.45 段所述，《2024 年牙醫註冊（修訂）條例草案》已在 2024 年 7 月獲立法會通過，經修訂的條例在 2025 年起逐步落實，其中 1 月 1 日起將容許合資格非本地培訓牙醫透過有限度註冊和特別註冊途徑來港，在指明機構執業，增加香港牙科人手，更好支援公營和資助牙科服務。衛生署已於 2024 年 7 月展開非本地培訓牙醫的招聘工作，並與牙管會緊密聯繫，爭取於 2025 年第一季有第一批非本地培訓牙醫透過機制來港，為市民服務。政府亦將會把參與一些公帑資助牙科項目的非政府組織和培訓牙專人員的機構，加入為有限度/特別註冊下醫衛局局長指明機構，讓它們有需要時同樣可以招聘非本地培訓牙醫，更好應對服務和培訓需求。

5.30 根據牙管會及衛生署的資料，截至 2024 年 10 月，牙齒衛生員的總登記和現職於政府的牙科治療師的人數分別有 615 名及 224 名。但由於過往牙齒衛生員的登記只是一次性，之後沒有每年更新，現時無法掌握真正在執業提供服務的牙齒衛生員人數，但相信執業人數比登記人數的 615 名為低。就此，牙管會日後按照經修訂的條例設立牙專人員註冊制度後，將會要求現時的牙齒衛生員重新註冊為牙科衛生員，更準確掌握具體人數。現時牙管會已展開籌備工作，並會與業界溝通，探討提前於 2026 年讓牙專人員註冊。此外，經修訂的條例會對牙醫及牙專人員加入強制持續專業發展要求，以提升整體牙科專業水平，更好保障使用牙科服務的市民。

5.31 衛生署亦已經由 2023/24 學年起，向修讀牙科衛生員和牙科治療師課程並成功申請資助的學生，提供全額學費資助，吸引更多人士投身行業。政府亦會繼續增加牙專人員的培訓名額，在第 5.5 段已提及職業訓練局將開辦牙科衛生護理專業文憑課程。政府期望增加的牙專人員人手，可以提升可負擔的口腔健康及牙科護理包括洗牙、補牙及脫牙等服務容量。

5.32 政府會繼續留意社會對口腔健康和牙科護理的需求和業界的人手狀況，定期進行牙醫及牙專人員的人力推算規劃，調整培訓名額及學費資助。

發展醫健通以涵蓋牙科服務

5.33 現時，不少私營醫護提供者（包括牙醫）均有使用商用或內部開發的臨床醫療管理系統，用以存放醫療紀錄。我們會加強醫健通與坊間電子醫療管理系統的技術連接，便利傳送相關數據至醫健通系統，包括(i)降低技術門檻，提供技術適配組件和全天候測試平臺等支援，以建立與醫健通的對接；(ii)與臨床醫療管理系統供應商及/或醫療專業團體合作改良其系統，令電子健康紀錄能無縫傳送至醫健通；以及(iii)簡化病人向個別醫護服務提供者給予互通同意的程序。政府會加強技術連接和拓展牙科紀錄的數據標準，以促進私營牙科業界上載病人電子口腔健康紀錄至醫健通。

5.34 除了技術層面的改善措施外，政府亦需要為私營醫護服務提供者（包括牙醫）存放健康紀錄提供誘因。即將推出的「青少年護齒共同治理先導計劃」和「社區牙科支援計劃」，以及未來推行的其他策略性採購牙科服務，均會要求參與的牙醫使用指定系統上載口腔健康紀錄至醫健通。

口腔健康目標

5.35 衛生署基於2021年口腔健康調查的結果，及政府未來推行做闊做淺、做窄做深的措施，訂立適切的香港口腔健康目標，以配合世界衛生組織以2030年為目標的全球口腔健康策略⁶⁶。期間政府會利用醫健通密切監察各項措施的成效，適時作出調整。2030年應達致的香港口腔健康目標列於附件三。

5.36 由於政府將加強為學前兒童進行定期口腔檢查（見第5.7及5.8段），因此可以為5歲兒童訂定較為進取的2030年乳齒蛀牙目標。相較之下，12歲學童的恆齒蛀牙，與其他發達國家/地區比較已位於相當良好的水平，因而可以維持訂定平穩的2030年目標。對於成年人及長者的蛀牙和牙周病水平的變化，取決於市民作出口腔健康行為的改變。考慮到市民的行為需要較長時間才能顯著改變，2030年應達致的口腔健康的目標不宜過於進取。

⁶⁶ <https://www.who.int/publications/i/item/9789240090538>

口腔健康督導及諮詢架構

5.37 口腔健康是身體健康的重要一環，因此預防性口腔護理亦會成為基層醫療健康的組成部分。基層醫療署將在基層醫療委員會轄下成立口腔健康小組，監督促進口腔健康的策略及牙科護理服務的發展。

5.38 至於特殊護理牙科服務的發展，衛生署將成立特殊護理牙科服務協調委員會，與相關持份者探討特殊護理牙科服務的長遠發展。

結語

工作小組總結對牙科服務的檢視，肯定在政府過去的預防性措施及各方面的協作下，市民的口腔健康比以前已經大幅改善，並位於一個相當良好的水平。展望未來，工作小組認為口腔健康是構成身體健康的重要一環，改善口腔健康有助促進身體健康。參考工作小組建議，政府會在基層醫療的框架下發展以保存牙齒為目標的預防性口腔健康護理，並期望與牙科護理業界、培訓機構、非政府組織，以及市民大眾通力合作，透過預防牙患、保存牙齒，達致口腔健康和身體健康。

醫務衛生局

2024年12月

附件一： 口腔健康及牙科護理工作小組的職權範圍及成員名單 職權範圍

就本港口腔健康及牙科護理（特別是作為基層醫療的一部分）的發展的下列各項範疇向政府提供意見：

1. 政府現行的口腔健康措施及牙科護理服務的範圍、效能和成本效益，當中須考慮本港的情況和經驗，以及海外的做法和實證；
2. 本港口腔健康及牙科護理（特別是作為基層醫療的一部分）的長遠策略，包括服務計劃和人手供應的協調，以促進市民的口腔健康；以及
3. 優化口腔健康措施及牙科護理服務的優先範疇，包括在不同人生階段的基本牙科護理服務的水平、公營或資助牙科護理服務的範圍，以及有關服務的模式和財務安排。

成員名單（2022年12月31日至2024年12月31日）

主席： 醫務衛生局常任秘書長

非官方成員： 香港大學牙醫學院提名的代表
香港牙科醫學院主席（或主席提名的代表）
香港牙醫管理委員會主席（或主席提名的代表）
香港牙醫學會會長（或會長提名的代表）
菲臘牙科醫院管理局主席（或主席提名的代表）
盈愛·笑容基金有限公司提名的代表
博愛醫院提名的代表
陳美潔女士
蔡海偉先生
劉仲恒醫生
梁世民牙科醫生
彭鴻昌先生
黃仰山教授

當然成員： 醫務衛生局副秘書長 2
基層醫療健康專員
衛生署署長（或其代表）
教育局代表
勞工及福利局代表

附件二：《2024年牙醫註冊（修訂）條例》牙科護理專業人員的職類及執業範圍

節錄自《2024年牙醫註冊（修訂）條例》附表3

關於牙科護理專業人員的事宜

第1部 牙科護理專業人員的職類及執業範圍

第1欄 職類	第2欄 類別	第3欄 服務	第4欄 條件
牙科 衛生員	1	(a) 對另一人沒有被牙齦覆蓋的牙齒表面部分，進行清潔及擦亮 (b) 對另一人的牙齒使用任何牙面氟化物劑、窩溝封閉劑或其他類似的預防藥劑 (c) 拍攝口腔內或口腔外的射線照片，以檢查另一人的口部、牙齒或頸部，或其相聯組織 (d) 為另一人洗牙（即清除牙齒表面外露部分或位於牙齦邊緣下方的牙石及污漬，包括使用藥物）	無 無 本附表第2部第1條列明的條件 本附表第2部第1及2條列明的條件
牙科 治療師	1	(a) 對另一人沒有被牙齦覆蓋的牙齒表面部分，進行清潔及擦亮 (b) 對另一人的牙齒使用任何牙面氟化物劑、窩溝封閉劑或其他類似的預防藥劑 (c) 拍攝口腔內或口腔外的射線照片，以檢查另一人的口部、牙齒或頸部，或其相聯組織	無 無 本附表第2部第1條列明的條件

(d) 為另一人洗牙（即清除牙齒表面外露部分或位於牙齦邊緣下方的牙石及污漬，包括使用藥物）	本附表第 2 部 第 1 及 2 條列明的條件
(e) 為另一人屬下列情況的牙齒補牙（即製備窩洞，隨後填入窩洞墊底、基底、敷料或永久性充填物）——	本附表第 2 部 第 1 、 2 及 3 條列明的條件
(i) 蛀牙；	
(ii) 或有異常情況的牙齒	
(f) 對另一人的牙齒進行間接覆髓術	本附表第 2 部 第 1 、 2 及 3 條列明的條件
(g) 對另一人因受傷而斷裂的門牙進行直接修復	本附表第 2 部 第 1 、 2 及 3 條列明的條件
(h) 對另一人的乳齒進行冠髓切除治療	本附表第 2 部 第 1 、 2 及 3 條列明的條件
(i) 使用牙科鉗子拔除另一人屬下列情況的牙齒（即不需要手術切口而拔除牙齒）——	本附表第 2 部 第 1 、 2 及 3 條列明的條件
(i) 乳齒；	
(ii) 蛀牙；	
(iii) 或鬆動的恆齒	
(j) 為以下目的而使用牙科鉗子拔除另一人已長出的恆齒（即不需要手術切口而拔除牙齒）——	本附表第 2 部 第 1 、 2 及 3 條列明的條件
(i) 矯齒；或	
(ii) 處理有異常情況的牙齒	

第 2 部 條件

1. 在有關註冊牙科護理專業人員向另一人（病人）提供有關服務之前，註冊牙醫或獲臨時註冊的人——
 - (a) 已評估病人的病歷，並對病人作檢查；及
 - (b) 已按該項評估及檢查，指示向病人提供有關服務。
2. 有關服務是按照註冊牙醫或獲臨時註冊的人的指示，由有關註冊牙科護理專業人員於某處所提供之服務，而該牙醫或該獲臨時註冊的人於提供該服務期間，時刻均在該處所。
3. 屬以下其中一種情況——
 - (a) 病人未滿 18 歲；或
 - (b) 如病人年滿 18 歲——
 - i. 有關註冊牙科護理專業人員已完成牙管會為施行本條而認可的訓練課程；或
 - ii. 經一名由衛生署署長為施行本節而委任的牙科顧問醫生證明，由於有關註冊牙科護理專業人員已取得充足相關的在牙科服務方面的知識及經驗，且勝任提供牙科服務，故此具有能力提供有關服務。

附件三：2030 年應達致的香港口腔健康目標

口腔健康目標		
組別	2030 年應達致的口腔健康目標	現時香港口腔健康情況 (2021 口腔健康調查)
5 歲兒童	無蛀牙經驗 $\geq 64\%$	無蛀牙經驗 = 58%
	未治療蛀牙 ≤ 1.4 隻牙	未治療蛀牙 = 1.6 隻牙
12 歲兒童	無蛀牙經驗 $\geq 85\%$	無蛀牙經驗 = 84%
	未治療蛀牙 ≤ 0.1 隻牙	未治療蛀牙 = 0.05 隻牙
35 至 44 歲成年人	未治療蛀牙 ≤ 0.7 隻牙	未治療蛀牙 = 0.7 隻牙
	無未治療蛀牙 $\geq 70\%$	無未治療蛀牙 = 68%
	有深牙周袋 $\leq 14\%$	有深牙周袋 = 15%
	少於一半牙齦流血 $\geq 50\%$	少於一半牙齦流血 = 55%
	有 20 隻牙齒或以上 $\geq 99\%$	有 20 隻牙齒或以上 = 99.9%
65 至 74 歲 非院舍長者	未治療蛀牙 ≤ 1 隻牙	未治療蛀牙 = 1.2 隻牙
	無未治療蛀牙 $\geq 55\%$	無未治療蛀牙 = 53%
	無未治療牙腳蛀牙 $\geq 80\%$	無未治療牙腳蛀牙 = 77%
	有深牙周袋 $\leq 25\%$	有深牙周袋 = 26%
	多於 20 隻牙齒 $\geq 80\%$	多於 20 隻牙齒 = 77%
	失去牙齒數目 ≤ 8 隻牙	失去牙齒數目 = 9 隻牙
	失去所有牙齒 $\leq 1\%$	失去所有牙齒 = 0.9%



衛生署
Department of Health

報告重點

口腔健康 調查

2021



© 2024 中華人民共和國香港特別行政區政府版權所有
ISBN 978-962-8868-82-7

衛生署編製及出版

香港灣仔皇后大道東213號胡忠大廈21樓衛生署牙科服務總辦事處

政府物流服務署印

引言

口腔健康是整體健康不可或缺的一環，對於個人福祉也是至關重要的。根據世界衛生組織（世衛）的建議，有必要在社區層面定期監測市民的口腔健康。衛生署以往便負責透過整理和詮釋可靠的健康資料，評估市民的健康狀況和需要。因此，衛生署必須定期收集市民口腔健康資料，以規劃和評估口腔健康計劃，並為未來的口腔健康護理制定發展規劃。自2001年起，衛生署便承諾每10年在全港進行一次口腔健康調查，目的是收集市民口腔健康狀況的最新資料並為規劃和發展適合人口需求的公共牙科服務提供有用的數據庫。

繼2011年全港第二次口腔健康調查後，衛生署於2021年進行第三次的全港口腔健康調查。2021年口腔健康調查的目標是搜集以下項目的相關資料：i)香港市民的口腔健康狀況；ii)他們的口腔健康相關行為；及iii)推動或妨礙他們進行有助達致良好口腔健康相關行為的因素。與2001年和2011年的兩次調查相若，2021年口腔健康調查同樣聚焦兩種最常見、影響眾多人口卻可預防的口腔疾病：蛀牙和牙周病，所採用的調查方法同樣遵循世衛建議的基本原則。2021年口腔健康調查選定以下指標年齡和年齡組別：(a)五歲兒童組別，用以評估乳齒狀況；(b)十二歲學生組別，代表已完成由乳齒轉換至恆齒的階段，用以監察恆齒的病況趨勢；(c)三十五歲至四十四歲成年人組別，用作評估成年人口的口腔健康狀況；(d)六十五歲至七十四歲非居於院舍長者組別，用以搜集本港長者的口腔健康狀況，這些資料對日益老化的香港人口愈趨重要；及(e)六十五歲及以上使用社會福利署長期護理服務的長者組別，用以評估因缺乏自我照顧能力而接受長期護理服務的長者的口腔健康狀況和口腔護理服務需要。由於長期護理服務使用者缺乏自我護理口腔能力，亦較難使用常規的牙科服務，因此他們在口腔護理方面實在需要特別的關注。

量度蛀牙經驗

「齲失補恆齒」/「齲失補乳齒」指數 (DMFT/dmft index)

蛀牙被定義為「已擴展至象牙質的牙洞」。蛀蝕而未經治療的恆齒稱為「齲齒」(DT, 而dt則指蛀蝕而未經治療的乳齒)，曾經蛀蝕但已經修補的恆齒稱為「補齒」(FT, 而ft則指修補過的乳齒)，因蛀蝕而被拔除的恆齒稱為「失齒」(MT, 而mt則指被拔除的乳齒)。「齲齒」、「失齒」和「補齒」的總和稱為「齲失補齒」數值 (DMFT value)，用以反映過去和現在受蛀蝕影響的恆齒總數。至於成年人的恆齒蛀蝕情況及兒童的乳齒蛀蝕情況則分別以「齲失補恆齒」數值 (DMFT value) 和「齲失補乳齒」數值 (dmft value) 衡量。個別群組的蛀牙經驗程度一般以齲齒、失齒、補齒和齲失補齒各項平均數值及群組中受上述各類狀況所影響的受檢者在整體群組的比率來衡量。

量度牙周病

(採用指數牙、半口牙齒和全口牙齒的檢查方法)

世界衛生組織一貫建議進行牙周健康評估時無需作全口牙齒檢查，而是把口腔內所有牙齒分為六個區段，並檢查每個區段內指數牙的牙周狀況。如果某個區段內的牙齒少於兩顆，該區段的牙周狀況則不作評估。如果受檢者六個區段的牙周狀況都未能被評估，該受檢者的牙周狀況將不會被納入群組整體的牙周健康狀況評估內。

正如蛀牙的情況，牙周病同樣可能只影響口腔內部分牙齒。因此，要準確量度牙周病，最理想的方法是檢查所有牙齒。目前的國際趨勢是最少檢查口腔其中一邊的所有牙齒 (稱為半口牙齒檢查)，或檢查口腔內的所有牙齒 (稱為全口牙齒檢查) 以評估牙周健康狀況。如果沿用世衛建議的評估方法，即是只檢查六個區段內的指數牙，結果或會低估牙周病的嚴重程度。因此，在選擇檢查方法時，應考慮到受檢者的整體健康狀況以及口腔檢查操作時的環境條件。

在本調查的五歲和十二歲年齡組別中，選擇檢查牙齒的數量時，考慮到要在有限時間內檢查大量受檢者，同時要對他們日常生活的影響減至最少，因此調查採用半口牙齒檢查方法，以獲得足夠資料，同時又不會對學生和學校造成太大的干擾。

至於成年人和非居於院舍長者組別，調查則採用全口牙齒檢查方法，儘管該檢查方法更為耗時，並會令受檢者更有壓力，但執行口腔檢查的專業人員在此類口腔健康調查中經驗豐富，他們會將檢查安排得井然有序，把檢查時間控制在合理範圍內。如此，檢查所收集到的資料就會更為貼近受檢者的實際狀況。

針對長期護理服務使用者組別，他們較難忍受長時間的口腔檢查，因此採用世衛建議的指數牙檢查方法。

此簡報只包括2021年口腔健康調查結果的重點。如欲進一步了解本調查的詳情及結果，請參閱2021年口腔健康調查詳細報告，該報告可於衛生署口腔健康促進科網站<https://www.toothclub.gov.hk/> 瀏覽或下載。



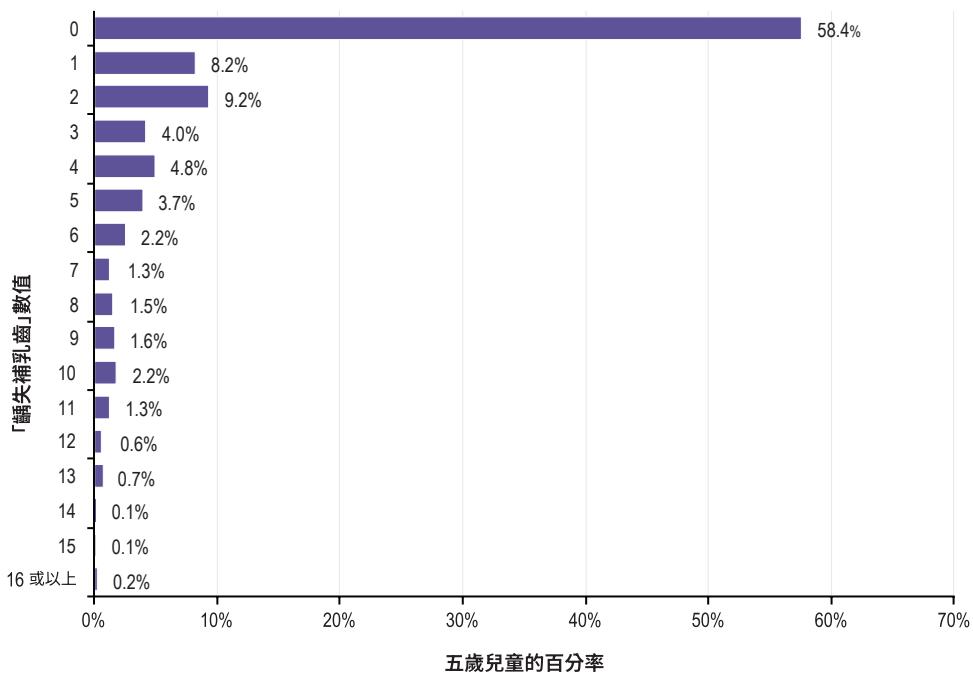
第一節

五歲兒童

牙齒狀況 – 蛀牙經驗

以「齲失補乳齒」平均數值 (mean dmft value) 來衡量五歲兒童的蛀牙經驗，所得數值為 1.8。其中大多數 (88.9%, 1.6/1.8) 是未經治療的蛀牙 (齲齒, dt)。根據「齲失補乳齒」數值劃分五歲兒童的蛀牙經驗分布情況如圖1.1所示。約60% (58.4%) 的兒童沒有蛀牙經驗，但其餘20.2%的兒童有4顆或以上曾經蛀蝕的牙齒 ($dmft > 3$)，他們的蛀牙數目佔五歲兒童組別蛀牙總數大概78.8%。

圖1.1 按「齲失補乳齒」數值劃分五歲兒童的分布情況



基數：所有五歲兒童
2021年： $(N = 39\,700)$

2001年、2011年和2021年的調查中，五歲兒童的蛀牙經驗及受影響兒童的比率詳見表1.1和表1.2。

表1.1 以「齲失補乳齒」指數衡量五歲兒童的蛀牙經驗(2001年、2011年及2021年)

蛀牙經驗	2001年	2011年	2021年
	(N = 67 300)	(N = 52 300)	(N = 39 700)
齲失補乳齒平均數值 (mean dmft)	2.3	2.5	1.8
齲齒平均數值 (mean dt)	2.1	2.3	1.6
失齒平均數值 (mean mt)	< 0.05	< 0.05	< 0.05
補齒平均數值 (mean ft)	0.2	0.2	0.2

基數：所有五歲兒童

表1.2 有蛀牙經驗的五歲兒童百分率(2001年、2011年及2021年)

蛀牙經驗	2001年	2011年	2021年
	(N = 67 300)	(N = 52 300)	(N = 39 700)
齲失補乳齒(dmft)	51.0%	50.7%	41.6%
齲齒(dt)	49.4%	49.4%	39.2%
失齒(mt)	1.3%	0.7%	1.2%
補齒(ft)	7.4%	7.3%	6.0%

基數：所有五歲兒童

調查發現，0.9% (300) 的五歲兒童患有牙瘡，而多數牙瘡可能是與嚴重蛀牙有關，較2001年和2011年調查的調查結果(約6%)為低。

牙齒狀況 – 牙齒清潔程度

兒童的牙齒清潔程度是以牙齒表面有可見牙菌膜覆蓋的百分率來衡量。五歲兒童的牙齒表面有可見牙菌膜覆蓋的平均百分率為17.3%。在2001年和2011年的調查中，該組別兒童的牙齒表面有可見牙菌膜覆蓋的平均百分率分別為23.5%和22.1%。

五歲兒童的口腔健康相關行為

- 77.9% 的五歲兒童每天刷牙兩次或以上，只有3.3% 刷牙少於每天一次。
- 59.7% 的家長表示有時會協助子女刷牙，而30.7% 的家長則經常提供協助。
- 97.0% 家長表示其子女刷牙時經常使用牙膏。然而，60.7% 家長指子女所用牙膏含氟化物，而14.4% 家長表示他們使用的是無氟牙膏，24.9% 則表示不清楚。
- 約67.4% 家長表示子女每天都有吃零食，而家長表示每天會給子女三次或以上零食佔9.9%。

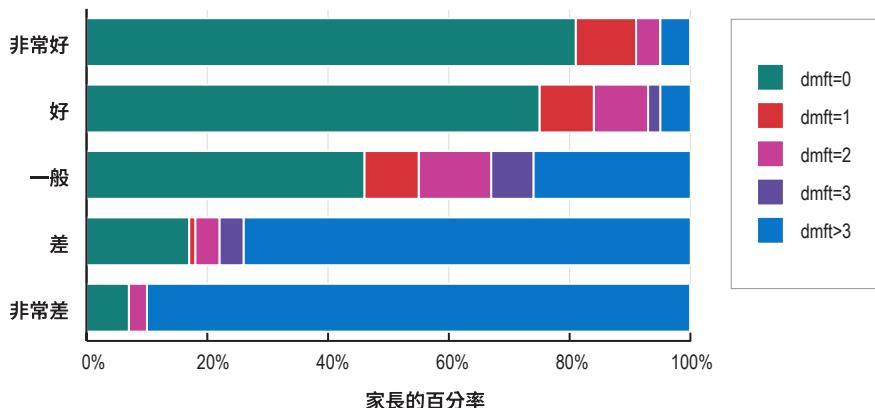
家長對牙患的認識

- 97.5%的家長認為吃喝過多含糖分的食物或飲料是增加蛀牙的風險因素。約一半(49.4%)的家長知道飲食次數太頻密是風險因素。
- 約一半(49.8%)的家長誤以為飯後沒有漱口及約三分之一(36.7%)的家長誤以為缺乏鈣質是增加蛀牙風險的相關因素。
- 大部分(86.1%)的家長認為沒有徹底清潔牙齦邊緣是患上牙周病的風險因素，不過，而只有近一半(44.3%)家長知道沒有使用牙線也是風險因素。
- 40.1%的家長知道吸煙是牙周病的風險因素。

家長對其五歲子女口腔健康狀況的理解

93.7%家長認為口腔健康狀況非常差的兒童都有三顆以上曾經蛀蝕的牙齒($dmft > 3$)，這顯示家長認為子女的口腔健康狀況非常差時，其子女的實際口腔健康狀況的確如此。然而，家長認為子女的口腔健康狀況好或非常好時，他們的理解並不一定準確，分別有12.5%和15.3% 被家長評為口腔健康狀況非常好或好的兒童，其實際的「齲失補乳齒」數值為2或以上。

圖 1.2 家長對五歲子女口腔健康狀況的理解及子女的蛀牙經驗



基數：所有五歲兒童的家長
2021年： $(N = 39\,700)$

五歲兒童使用口腔健康護理服務的模式

- 25.9%的家長曾帶其五歲子女往見牙科醫生。
- 39.8%曾攜帶其五歲子女往見牙科醫生的家長指出就診的主要原因是檢查。

表 1.3 按所述最近一次往見牙科醫生的主要原因劃分五歲兒童的分布情況

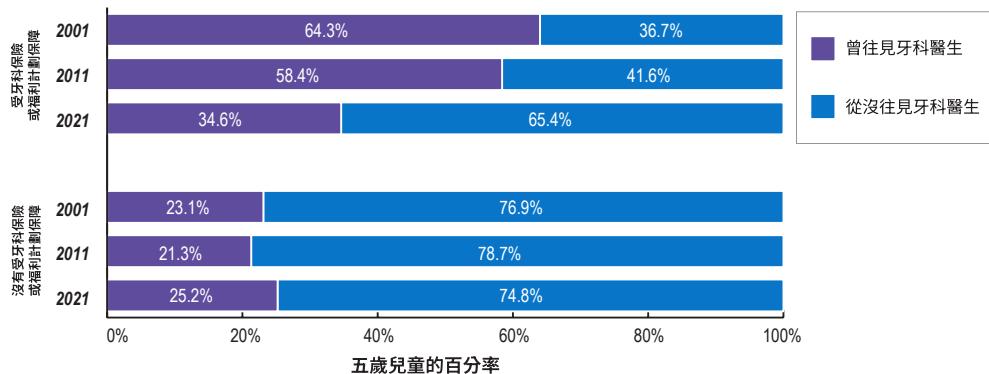
最近一次往見牙科醫生的主要原因	百分率	最近一次往見牙科醫生的主要原因細分	百分率
檢查	39.8%	檢查	39.8%
牙齒問題	46.5%	懷疑蛀牙	29.1%
		牙痛	10.6%
		創傷	6.8%
其他原因	13.7%	其他原因	13.7%

基數：所有曾往見牙科醫生而家長有回答此問題的五歲兒童

2021年： $(N = 10\,300)$

- 子女如果有乳齒蛀牙，61.8% 的家長選擇盡可能修補蛀牙，只有12.1%家長選擇拔除蛀牙，而20.4% 的家長不知道該怎麼辦或選擇不理會蛀牙。
- 在子女受牙科保險或福利計劃保障的家長中，34.6%曾帶子女往見牙科醫生，在子女沒有受牙科保險或福利計劃保障的家長中，25.2% 曾帶子女往見牙科醫生。

**圖 1.3 按是否受牙科保險或福利計劃保障和往見牙科醫生劃分五歲兒童的分布情況
(2001年、2011年及2021年)**



基數(受牙科保險或福利計劃保障):受保障而家長有回答此問題的所有五歲兒童

2001年: ($N = 7\,100$)

2011年: ($N = 5\,200$)

2021年: ($N = 3\,300$)

基數(沒有受牙科保險或福利計劃保障):沒有受保障而家長有回答此問題的所有五歲兒童

2001年: ($N = 60\,200$)

2011年: ($N = 47\,000$)

2021年: ($N = 36\,400$)

總結與前瞻

與過去二十年比較，現今五歲兒童在蛀牙經驗方面繼續有所改善。然而近十年來，有蛀牙經驗的五歲兒童比率仍高居不下，而高達88.9%的蛀牙還未處理。現今五歲兒童在家居口腔護理方面，他們大多數使用牙膏刷牙的次數頻密，刷牙時得到家長協助的人數比率也較高。兒童的蛀牙經驗緩慢改善，可能部分歸因於他們大多數從沒往見牙科醫生作口腔檢查，因此並未有機會接受個人口腔健康教育，也未及早接受預防牙患的建議和介入。本調查顯示，近75%的五歲兒童從沒往見牙科醫生。特別在2019新冠病毒流行期間，只有25.9%的五歲兒童家長曾帶子女往見牙科醫生。而在曾往見牙科醫生的兒童當中，約有半數(46.5%)是因有牙齒問題才就診。接受例行口腔檢查的比率偏低，加上部分家長因誤以為子女的口腔健康狀況良好或非常良好，其實他們平均已有兩隻或以上的蛀牙，因此而低估了子女的蛀牙情況，均導致兒童的蛀牙未獲察覺及治療。

放眼未來，牙科業界有必要加強對幼童家長的口腔健康教育，鼓勵他們在子女的第一顆乳齒長出後的六個月內開始帶子女接受定期口腔檢查。嬰兒早期篩檢計劃有助提早識別蛀牙高風險族群。亦應進一步推動家長在子女刷牙時提供協助，並減少進食零食次數。本調查發現家長對於使用含氟牙膏出現兩極化現象。約60%的家長給子女使用了含氟牙膏，另一方面，有10%的家長給子女使用不含氟牙膏。因此，應持續推廣使用含氟牙膏及建立良好的飲食習慣。啟動學前兒童和風險評估的牙科計劃可能有助及早診斷、預防和治療口腔疾病。

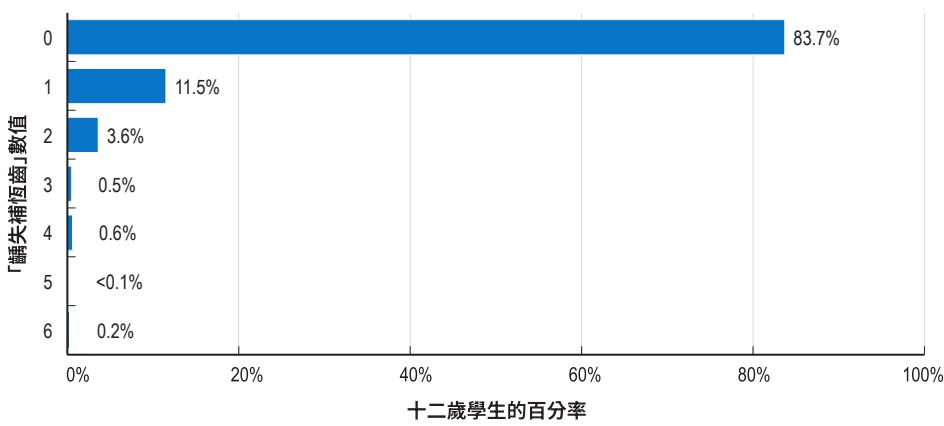
第二節

十二歲學生

牙齒狀況 – 蛀牙經驗

十二歲學生的蛀牙經驗以「齲失補恆齒」指數 (DMFT index) 來衡量。「齲失補恆齒」平均數值 (mean DMFT value) 為0.24，表示蛀牙程度非常輕微。只有 16.3% 的學生有恆齒蛀牙經驗，而有蛀牙經驗的學生大多數只有1顆曾經蛀蝕的牙齒 (圖 2.1)。

圖 2.1 按「齲失補恆齒」數值劃分十二歲學生的分布情況



基數：所有十二歲學生
2021年：($N = 50\,000$)

2001年、2011年和2021年的調查中十二歲學生的蛀牙經驗及受影響學生的百分率如表2.1和表2.2所示。

表2.1 以「齲失補恒齒」指數衡量十二歲學生的蛀牙經驗(2001年、2011年及2021年)

蛀牙經驗	2001 (N = 67 100)	2011 (N = 56 900)	2021 (N = 50 000)
齲失補恒齒平均數值 (mean DMFT)	0.8	0.4	0.24
齲齒平均數值 (mean DT)	0.1	0.1	0.05
失齒平均數值 (mean MT)	0.1	< 0.05	0
補齒平均數值 (mean FT)	0.6	0.3	0.19

基數：所有十二歲學生

表2.2 有蛀牙經驗的十二歲學生百分率(2001年、2011年及2021年)

蛀牙經驗	2001 (N = 67 100)	2011 (N = 56 900)	2021 (N = 50 000)
齲失補恒齒(DMFT)	37.8%	22.6%	16.3%
齲齒(DT)	6.9%	5.4%	4.2%
失齒(MT)	3.1%	0.5%	0.0%
補齒(FT)	33.8%	19.3%	13.3%

基數：所有十二歲學生

學生的牙周狀況

十二歲學生的牙周狀況以「社區牙周指數」(CPI)來衡量，調查結果如表2.3和表2.4所示。

表2.3 「社區牙周指數」衡量十二歲學生的牙周狀況

牙周狀況	牙齦健康 既無牙齦出血 也無牙石	口腔內沒有牙石 但有牙齦出血	口腔內有牙石 積聚+/- 牙齦出血
群體中的百分率	16.0%	62.8%	21.2%

基數：所有接受牙周狀況檢查的十二歲學生

2021年： $(N = 49\,100)$

表2.4 十二歲學生健康牙齦、牙齦出血和牙石積聚所佔的平均區段

牙周狀況	牙齦健康 既無牙齦出血 也無牙石	口腔內沒有牙石 但有牙齦出血	口腔內有牙石 積聚+/- 牙齦出血
相關情況所佔的平均 區段 (每人人共6個區段)	3.6	2.1	0.3

基數：所有接受牙周狀況檢查的十二歲學生

2021年： $(N = 49\,100)$

與2001年和2011年的調查結果比較，本調查發現十二歲學生的牙周狀況有所改善。在本調查中，學生口腔內全部牙齦健康、既無牙齦出血也無牙石的人數百分率有所增加 (16.0%，2001年的相關數據為5.5%，2011年的相關數據為13.8%)，而口腔內部份位置有牙石積聚的人數百分率則減少 (21.2%，2001年的相關數據為59.5%，2011年的相關數據為22.4%)。

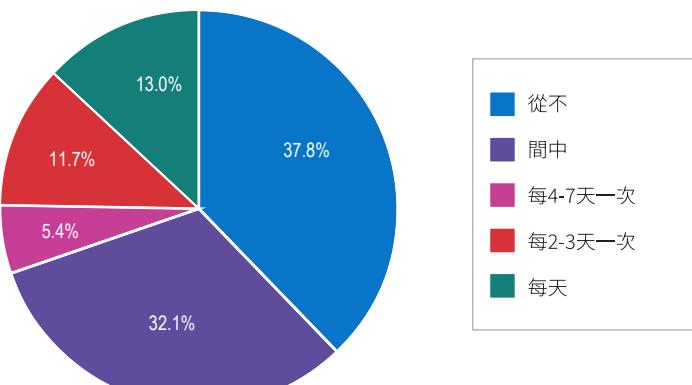
牙齒狀況 - 牙齒清潔程度

十二歲學生的牙齒清潔程度是以牙齒表面有可見牙菌膜覆蓋的百分率來衡量。十二歲學生牙齒表面有可見牙菌膜覆蓋的平均百分率為21.7%。2001年和2011年的調查結果中，牙齒表面有可見牙菌膜覆蓋的平均百分率分別為36.8%和27.0%。十二歲學生的牙齒清潔程度持續有所改善。

十二歲學生的口腔護理相關行為

- 有80.2%的學生每天刷牙兩次或以上。只有2.7%的學生刷牙少於每天一次。
- 幾乎所有(95.5%)的十二歲學生指他們每次刷牙時均有使用牙膏。然而，只有58.8%的學生知道他們所使用的牙膏含氟化物。
- 有62.2%的學生報稱他們有使用牙線。不過，大部分有關學生只是間中使用牙線(圖2.2)。
- 約70%的學生沒有每天吃零食的習慣，而每天吃零食三次或以上的有9.7%。

圖 2.2 按使用牙線的次數劃分十二歲學生的分布情況



基數：所有十二歲學生
2021年：(N=50 000)

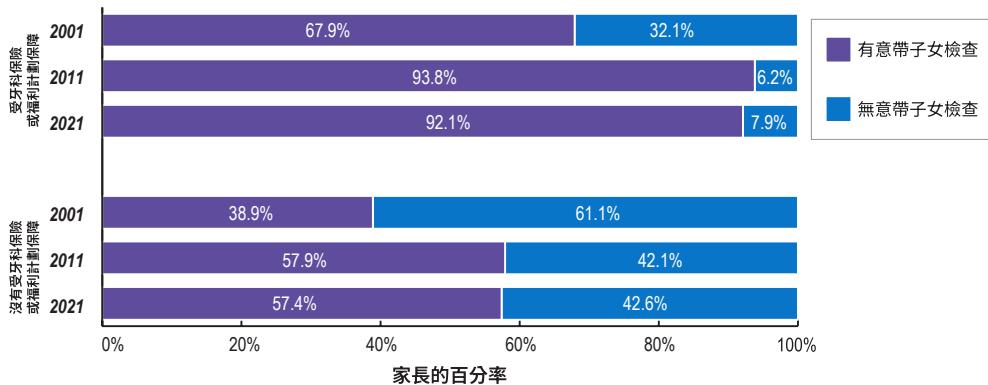
學生和家長對牙患的認識

- 大部分的十二歲學生 (92.5%) 和家長 (90.8%) 知道吃喝過多含糖分的食物和飲料會增加蛀牙風險。超過40%的學生 (40.4%) 和家長 (49.4%) 知道飲食次數太頻密也是蛀牙的風險因素。
- 約60%的學生 (57.0%) 和家長 (66.0%) 都意識到沒有早晚用含氟化物牙膏刷牙是蛀牙的風險因素。
- 68.1%的學生和81.5%的家長意識到沒有徹底清潔牙齦邊緣是增加牙周病風險的因素，而31.2%的學生和42.5%的家長知道沒有使用牙線也是風險因素。
- 約半數 (50.3%) 的學生和31.2%的家長知道吸煙是增加牙周病風險的因素。

十二歲學生使用口腔健康護理服務的模式

- 約70%的學生 (67.8%) 和家長 (68.6%) 認為定期檢查牙齒有助預防蛀牙。而半數 (56.5%) 學生和67.0%的家長認為定期檢查牙齒有助預防牙周病。
- 本調查問及家長是否有意帶十二歲子女定期檢查牙齒，約62.5%表示有意帶子女定期檢查。有24.5%的十二歲學生於升讀中學後曾往見牙科醫生，他們就診時所接受的治療主要是洗牙。
- 在子女受牙科保險或福利計劃保障的家長當中，高達92.1%的家長表示有意帶子女定期檢查牙齒，子女沒有受牙科保險或福利計劃保障的家長當中，則只有57.4%家長表示有意帶子女定期檢查牙齒 (圖2.3)。

**圖 2.3 按帶子女定期檢查牙齒的意向劃分十二歲學生家長的分布情況
(2001 年、2011 年及 2021 年)**



基數(受牙科保險或福利計劃保障):其子女受保障而有回答此問題的十二歲學生家長

2001年: (N = 9 600)

2011年: (N = 9 800)

2021年: (N = 7 400)

基數(沒有受牙科保險或福利計劃保障):其子女沒有受保障而有回答此問題的十二歲學生家長

2001年: (N = 57 500)

2011年: (N = 47 100)

2021年: (N = 42 700)

總結與前瞻

2001年、2011年和2021年的調查結果顯示，十二歲學生的整體蛀牙經驗呈持續下降趨勢，至今已下降至極低水平。此外，十二歲學生的牙周狀況進一步得以改善，而且口腔健康知識和口腔自我護理習慣也得以保持。60%以上的家長表示有意帶其十二歲子女定期檢查牙齒。

整體而言，大部分十二歲學生仍有牙齦出血及口腔內部分位置有牙石積聚。本調查還顯示多年來學生的口腔健康知識和認知在一些方面仍有改進空間。與之前一樣，有相當比率的學生和家長仍未意識到頻密飲食是蛀牙的風險因素。只有半數學生知道吸煙與牙周病有關連。在未來的口腔和一般健康教育中，牙科專業人士應加強對學生和家長宣傳頻密飲食對牙齒的損害以及吸煙對牙周組織的影響。此外，縱使蛀牙並非此年齡組別需要特別關注的事項，但仍需加強對口腔健康的認知。仍有相當比率的學生不清楚氟化物的功用及定期口腔檢查的重要性。由於此年齡組別的學生已不在「學童牙科保健服務」範圍之內，因此可為他們設立某些形式的牙科方案，以跟進他們中學時期的口腔健康狀況。政府已推出「青少年護齒共同治理先導計劃」。透過該計劃，進一步加強學生在中學生活中的口腔健康知識和習慣，令他們自己能夠更好地照顧好個人的口腔健康。以鼓勵此年齡組別的學生定期進行口腔檢查。我們希望透過該計劃加強學生的口腔健康知識和習慣，令他們能夠更獨立地照顧好自己的口腔健康，一直保持良好的口腔健康至老年都不會失去牙齒。

第三節

三十五歲至四十四歲成年人

牙齒缺失程度

世界衛生組織認為，一副兼具功能性和美觀性的齒列，至少應有20顆分佈均勻的牙齒。本調查評估了擁有20顆或以上牙齒的成年人的比率，得出結論，即每名成年人平均擁28.9顆牙齒，而99.9% (983 800) 的成年人至少有20顆牙齒（表3.1）。幾乎所有成年人都至少有10對咬合牙齒 (99.1%) (表3.2)。

表3.1 最少有20顆剩餘牙齒的成年人的百分率(2001年、2011年及2021年)

剩餘牙齒數目	2001年	2011年	2021年
	(N = 1 354 700)	(N = 1 062 900)	(N = 985 200)
≥ 20顆剩餘牙齒	99.2%	99.8%	99.9%

基數：所有成年人

表3.2 按牙齒咬合對數劃分成年人的百分率(2021年)

牙齒咬合對數*	百分率
0 – 9對	0.9%
≥ 10對	99.1%

基數：所有成年人

2021年：N = 985 200

*真牙與真牙/真牙與固定假牙的咬合對數都計算在內。

調查發現僅6.1%的成年人使用不同類型的假牙，6.0%的成年人裝有牙橋，而3.2%的成年人裝有植牙（表3.3）。

表3.3 成年人使用各類假牙的百分率(2021年)

假牙類型	2021年 (N = 985 200)
任何類型的假牙	6.1%
牙橋	6.0%
部分假牙托	0.3% §
全口假牙托	0.0% §
植牙	3.2%

基數：所有成年人

§ 此估計只基於少數樣本而得出，讀者應謹慎解讀。

蛀牙經驗

成年人的「齲失補恆齒」平均數值 (mean DMFT value) 為6.6°與2001年和2011年的調查相比較，2021年成年人的平均牙齒數量略多 (2001年的平均牙齒數值為28.1顆，2011年則為28.6顆，而2021年則為28.9顆)（表3.4）。

表3.4 以「齲失補恆齒」指數衡量成年人的蛀牙經驗(2001年、2011年及2021年)

蛀牙經驗	2001年 (N = 1 354 700)	2011年 (N = 1 062 900)	2021年 (N = 985 200)
齲失補恆齒平均數值 (mean DMFT)	7.4	6.9	6.6
齲齒平均數值 (mean DT)	0.7	0.7	0.7
失齒平均數值 (mean MT)	3.9	3.4	3.1
補齒平均數值 (mean FT)	2.8	2.8	2.8

基數：所有成年人

多年來，成年人有未經治療的蛀牙和曾經補牙的人數比率大致相若（表3.5）。

表3.5 成年人有蛀牙經驗的百分率(2001年、2011年和2021年)

蛀牙經驗	2001年 (N = 1 354 700)	2011年 (N = 1 062 900)	2021年 (N = 985 200)
齲失補恆齒(DMFT)	97.5%	96.1%	95.9%
齲齒(DT)	32.0%	31.2%	31.7%
失齒(MT)	91.4%	89.7%	86.2%
補齒(FT)	66.6%	67.4%	67.0%

基數：所有成年人

雖然牙冠齲齒數目保持穩定，但成年人中牙根表面蛀蝕而未經治療的人數比率有所增加（2021年為5.9%，2011年為3.0%）（表3.6）。

表3.6 成年人牙根表面的蛀蝕經驗的百分率(2001年、2011年和2021年)

牙根表面的蛀蝕經驗	2001年 (N = 1 354 700)	2011年 (N = 1 062 900)	2021年 (N = 985 200)
齲/補牙根(DF-root)	4.2%	4.0%	7.2%
齲牙根(D-root)	3.4%	3.0%	5.9%
補牙根(F-root)	1.0%	0.9% §	1.4%

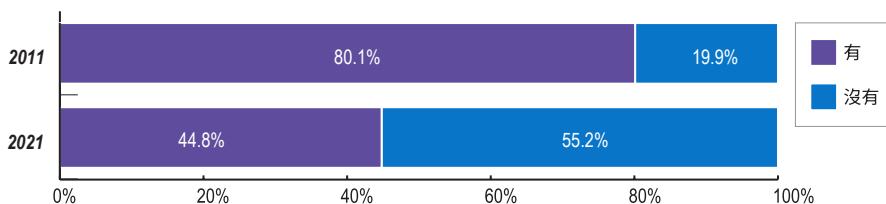
基數：所有成年人

§ 此估計只基於少數樣本而得出，讀者應謹慎解讀。

牙周狀況

44.8% (441 200) 成年人有半數或以上牙齒出現牙齦出血情況，大幅低於2011年的80.1% (圖3.1)。有4毫米或以上深度牙周袋的成年人比率的增幅值得關注 (表3.7)。與其他牙齒類型相比，後牙 (臼齒) 有淺牙周袋或深牙周袋的比率較高 (表3.8)。

圖3.1 按有否半數或以上牙齒出現牙齦出血情況劃分成年人的百分率



基數：所有成年人

2011年： $N = 1\,062\,900$

2021年： $N = 985\,200$

(2001年無相同數據可作比較)

表 3.7 按個人最深牙周袋的深度劃分成年人的百分率 (2001年、2011年及2021年)

最深牙周袋的深度	2001年 (N = 1 354 700)	2011年 (N = 1 062 900)	2021年# (N = 985 200)
0-3毫米 (視作沒有牙周袋)	54.0%	60.4%	42.6%
4-5毫米 (淺牙周袋)	38.9%	29.8%	42.6%
≥ 6毫米 (深牙周袋)	7.1%	9.8%	14.8%
總計	100.0%	100.0%	100.0%

基數：所有成年人

2001年採用指數牙檢查方法，2011年採用半口牙齒檢查方法，2021年則擴展至全口牙齒檢查方法。

表 3.8 按牙周袋深度劃分的成年人平均牙齒百分率(2021年)

	臼齒(後牙)	前臼齒	門牙和犬齒
淺牙周袋(牙周袋深度4-5毫米)			
上排牙齒	24.0%*	13.7%	8.4%
下排牙齒	15.2%*	8.1%*	6.2%
深牙周袋(牙周袋深度6毫米以上)			
上排牙齒	3.4%	1.1%**	1.0%
下排牙齒	3.3%**	0.4%**	0.4%
失齒			
上排牙齒	3.2%	5.1%	1.1%
下排牙齒	6.2%	3.7%	1.3%

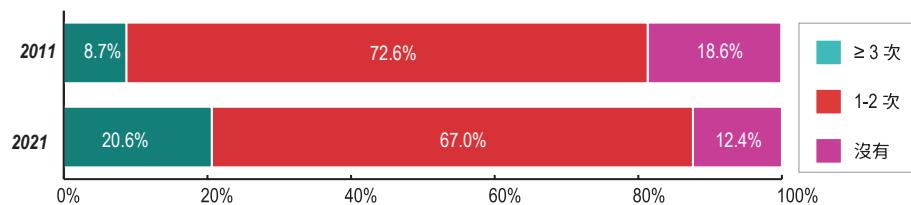
基數：所有成年人

* 在這類牙齒組別中有80%以上在探針檢查時有出血情況

**在這類牙齒組別中有90%以上在探針檢查時有出血情況

成年人的口腔健康相關行為

本調查發現，成年人每天在正餐以外進食或吃零食三次或以上的比率大幅增多（從2011年的8.7%增至2021年的20.6%）（圖3.2）。

圖3.2 按每天在正餐以外進食或吃零食的次數劃分成年人的百分率

基數：所有成年人

2011年： $N = 1\,062\,900$ 2021年： $N = 985\,200$

每天刷牙兩次已成為成年人良好的口腔清潔習慣(圖3.3)。同時，每天清潔牙齒鄰面的成年人比率幾乎翻倍(圖3.4)。過去十年來有吸煙習慣的成年人比率保持穩定(圖3.5)。

圖3.3 按刷牙習慣劃分成年人的百分率

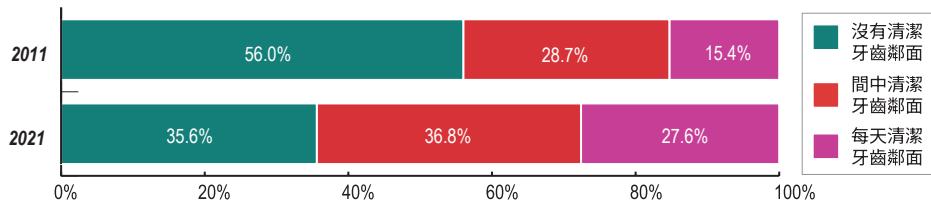


基數：所有成年人

2011年： $N = 1\,062\,900$

2021年： $N = 985\,200$

圖3.4 按清潔牙齒鄰面的習慣劃分成年人的百分率

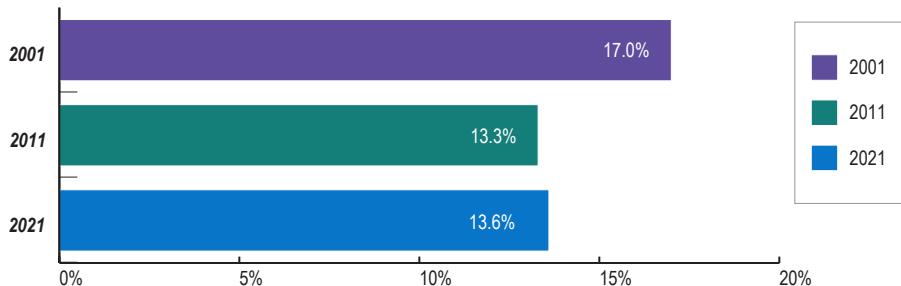


基數：所有成年人

2011年： $N = 1\,062\,900$

2021年： $N = 985\,200$

圖3.5 有吸煙習慣的成年人百分率



基數：所有成年人

2001年： $N = 1\,354\,700$

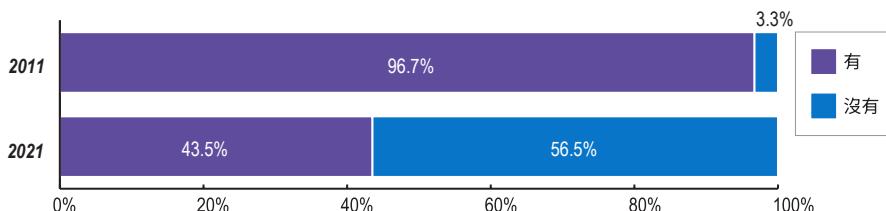
2011年： $N = 1\,062\,900$

2021年： $N = 1\,010\,700^*$ (數據來自「2020-2022年度人口健康調查」)

牙齒清潔程度

牙齒有可見的牙菌膜覆蓋和牙石積聚的成年人人數顯著減少，這說明了牙菌膜控制水平提高（圖3.6和圖3.7）。

圖 3.6 按有否半數或以上的牙齒有可見牙菌膜覆蓋劃分成年人的百分率

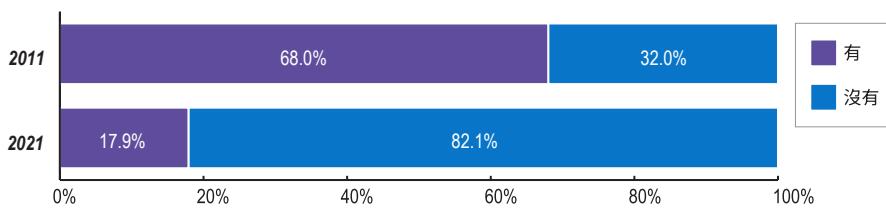


基數：所有成年人

2011年： $N = 1\,062\,900$

2021年： $N = 985\,200$

圖 3.7 按有否半數或以上的牙齒有牙石積聚劃分成年人的百分率



基數：所有成年人

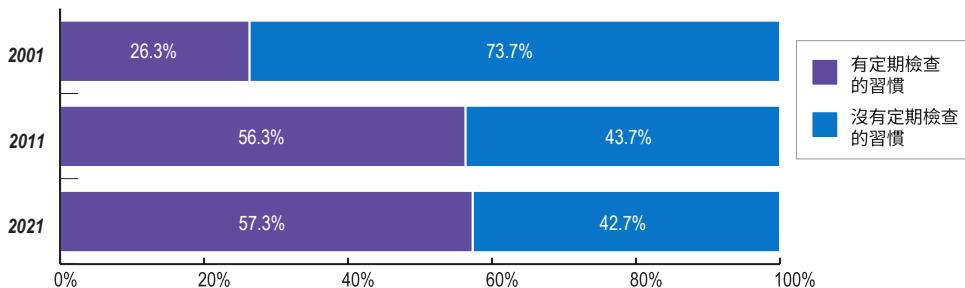
2011年： $N = 1\,062\,900$

2021年： $N = 985\,200$

定期檢查口腔的習慣

2021年的調查顯示，有定期到牙科診所檢查口腔或洗牙習慣的成年人比率與十年前相若（2021年為57.3%（564 400），2011年為56.3%（598 400））（圖3.8）。與2011年相比，口腔檢查的時間間隔有所延長（圖3.9）。

圖3.8 按檢查口腔習慣劃分成年人的百分率（2001年、2011年及2021年）



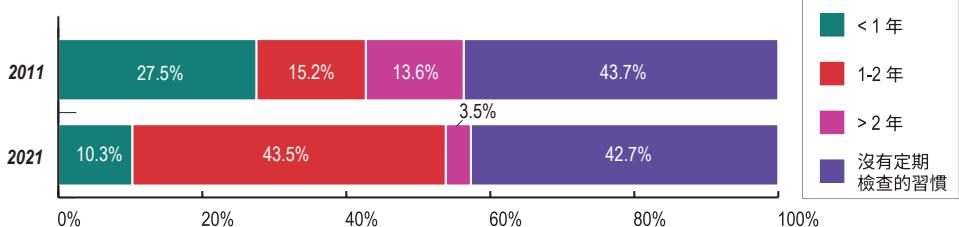
基數：所有成年人

2001年： $N = 1\,345\,700$

2011年： $N = 1\,062\,900$

2021年： $N = 985\,200$

圖3.9 按檢查口腔習慣劃分成年人的百分率



基數：所有成年人

2011年： $N = 1\,062\,900$

2021年： $N = 985\,200$

推動或妨礙培養清潔牙齒鄰面習慣的因素

- 成年人保持清潔牙齒鄰面習慣的最普遍原因是「清除牙縫間殘留食物」，其次是「清潔牙齒鄰面後牙齒會更乾淨」。
- 少於6%的成年人認為使用牙線或牙縫刷的習慣可預防蛀牙或牙周病。
- 「懶惰/使用麻煩/不願使用」(34.8%) 和「不知道如何使用」(18.4%) 是成年人不使用牙線的兩個常見原因。
- 「沒有需要」(24.3%) 是成年人不使用牙縫刷最常見的原因。

定期檢查口腔習慣背後的原因和觀念

- 於兩年內曾往見牙科醫生檢查口腔，而其就診原因並非是出現任何口腔問題的成年人被界定為有定期檢查口腔的習慣。
- 四分之三 (75.2%) 有定期檢查習慣的成年人表示「為咗及早發現牙齒嘅問題，而定期去牙醫度檢查牙齒」。
- 在有定期檢查口腔習慣的成年人當中，有三分之二 (68.1%，360 700) 表示是因為他們想洗牙或進行口腔檢查。
- 25.9% (137 400) 有定期檢查習慣的成年人則認為有助預防牙患或預防勝於治療。
- 約15%有定期檢查習慣的成年人是因為要盡量使用保險計劃/僱員福利所提供的牙科護理服務。

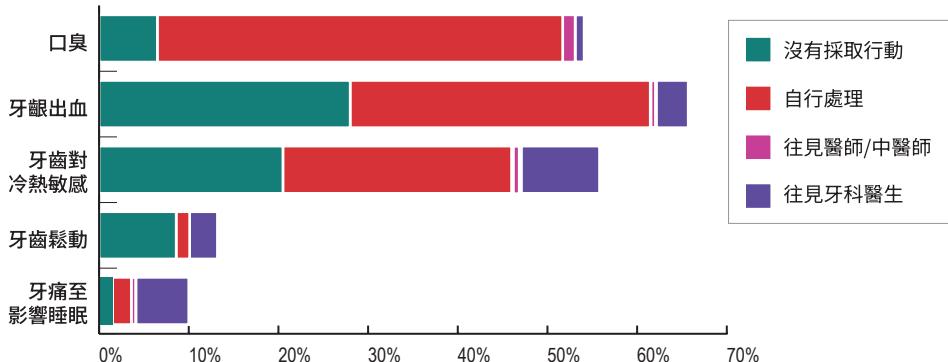
沒有定期檢查口腔習慣背後的原因和觀念

- 大多數(2021年56.9% (259 200))沒有定期檢查口腔的成年人認為自己的牙齒健康/沒有牙痛/沒有需要，這與十年前的調查結果(2011年60.0% (365 200))相若。
- 約50%沒有定期檢查者認為「只要勸力啲刷牙同埋打理棚牙，就唔駛定期去洗牙啦」(51.8%)，他們還表示「睇親牙醫都唔知要俾幾錢先至出得返嚟，令到你唔敢隨便去睇牙」(60.6%)。
- 有部分沒有定期檢查口腔的成年人稱曾有想過定期檢查，但遇到各種問題。
- 沒有時間(13.5%，61 700)及未能負擔費用/不想花費金錢在檢查上(7.3%，33 300)是妨礙他們進行定期口腔檢查的兩個主要因素。

成年人出現口腔症狀時採取的行動

當出現口腔症狀時，即使有牙痛至影響睡眠，大多數受影響的成年人不會採取任何行動，或自行處理口腔症狀問題，而不會往見牙科醫生（圖3.10）。

**圖 3.10 按調查前12個月內曾出現口腔症狀及所採取的行動劃分成年人的比率
(2021年)**



基數：所有成年人

2021年： $N = 985\,200$

各種口腔症狀的基數是指於調查前12個月內出現相關口腔症狀的成年人。

成年人出現口腔症狀時，妨礙他們向牙科醫生求診的因素

- 調查發現仍有40.8%的成年人即使出現嚴重牙痛至影響睡眠，也沒有往見牙科醫生求診。
- 部分察覺自己有口腔症狀的成年人雖然知道有需要往見牙科醫生，但基於某些因素而妨礙了他們的求診意欲。
- 成年人報稱當他們出現牙齒鬆動和牙痛至影響睡眠等可能會影響日常生活的各種口腔症狀時，妨礙他們往見牙科醫生的最常見原因是「沒有時間」。

總結與前瞻

本調查發現香港成年人群組的口腔健康維持在過去十年有所改善，成年人半數以上牙齒有明顯的牙菌膜、牙齦出血和牙石積聚的人數比率減少。不過，仍有某些方面需要注意和改變行為習慣的。成年人中牙根表面蛀蝕而未經治療的人數比率比2011年翻了一倍。成年人中有可見牙菌膜和牙齦出血的人數比率有所下降，但有牙周袋的人數比率有所增加。某些成年人認為自己的日常口腔清潔狀況良好，但口腔內有未經治療的蛀牙和牙周袋說明他們目前的口腔清潔效果並不理想。專業口腔護理的使用率仍然很低，口腔檢查的頻率亦較低。大多數成年人仍然忽視或自行處理自己感知到的口腔不適，而這並不利於適時處理口腔病患。時間限制和護理費用昂貴都是成年人表示不尋求牙科護理的原因，牙科業界應考慮如何解決時間限制和護理費用高昂的問題。

儘管每天刷牙，但後牙區的口腔衛生狀況並不理想。正確的日常口腔清潔需要由專業人員在選擇清潔輔助工具和使用技巧方面提供指導，這在後牙區的清潔中尤為重要，大部分牙齦出血和牙周袋都出現在後牙區。口腔檢查是接受口腔清潔指導、風險評估和預防性口腔治療的良機。牙科醫生可以進行更為詳細的口腔檢查和特殊檢查，以便及早識別並及時治療口腔疾病。市民有責任管理自身的口腔健康，而牙科業界則應通過宣傳、教育，及解決來自牙科診所的障礙，從而協助市民增進口腔健康。

第四節

六十五歲至七十四歲的非居於院舍長者

牙齒缺失程度

非居於院舍長者失去所有牙齒的人數比率由2011年的5.6%大幅減少至2021年的0.9%（表4.1）。他們的牙齒平均數目，與2001年的（17.0）和2011年的（19.3）相比，2021年進一步增至（22.8）。

世界衛生組織認為，一副兼具功能性和美觀性的牙齒，至少應有20顆分佈均勻的牙齒。本調查評估了擁有20顆牙齒的非居於院舍長者的比率，調查結果顯示，77.4%的非居於院舍長者至少有20顆牙齒，比2011年的（59.5%）提高了18個百分點。66.7%的非居於院舍長者至少有10對咬合牙齒（表4.2）。

表4.1 按牙齒數目劃分非居於院舍長者的百分率（2001年、2011年及2021年）

牙齒數目	2001年 (N = 445 500)	2011年 (N = 450 800)	2021年 (N = 883 200)
失去所有牙齒	8.6%	5.6%	0.9%
≥ 20顆剩餘牙齒	49.7%	59.5%	77.4%

基數：所有非居於院舍長者

表4.2 按牙齒咬合對數劃分非居於院舍長者的百分率（2021年）

牙齒咬合對數*	百分率
0 – 9對	33.3%
≥ 10對	66.7%

基數：所有非居於院舍長者

2021年：N = 883 200

*真牙與真牙/固定假牙的咬合對數都計算在內。

非居於院舍長者中使用假牙的比率呈下降趨勢(2021年50.7% (447 700), 2011年63.2% (284 900), 2001年68.1% (303 400))。在鑲配假牙的非居於院舍長者中,他們所使用的假牙類型也有所改變。非居於院舍長者中有植牙的人數比率增加了4倍(2021年10.0% (88 100), 2011年2.5% (11 300)),同時,失齒後採用全口假牙托和/或半口假牙托的非居於院舍長者人數大幅下降(2021年26.6% (234 900), 2011年46.7% (210 500))(表4.3)。

表4.3 非居於院舍長者使用各類假牙的百分率(2001年、2011年及2021年)

假牙類型	2001年 (N = 445 500)	2011年 (N = 450 800)	2021年 (N = 883 200)
任何類型的假牙	68.1%	63.2%	50.7%
牙橋	30.2%	31.4%	32.1%
部分假牙托	33.6%	35.5%	22.8%
全口假牙托	19.8%	11.2%	3.8%
植牙	*	2.5%	10.0%

基數:所有非居於院舍長者

* 2001年調查中該項目沒有測量數據。

蛀牙經驗

非居於院舍長者的「齲失補恆齒」平均數值(mean DMFT value)為13.5顆，較2011年(16.2)及2001年(17.6)進一步下降，這主要是由於非居於院舍長者有更多的保留牙齒(表4.4)。

表4.4 以「齲失補恆齒」指數衡量非居於院舍長者的蛀牙經驗
(2001年、2011年及2021年)

蛀牙經驗	2001年 (N = 445 500)	2011年 (N = 450 800)	2021年 (N = 883 200)
齲失補恆齒平均數值 (mean DMFT)	17.6	16.2	13.5
齲齒平均數值 (mean DT)	1.3	1.3	1.2
失齒平均數值 (mean MT)	15.1	12.7	9.2
補齒平均數值 (mean FT)	1.2	2.3	3.1

基數：所有非居於院舍長者

非居於院舍長者蛀牙經驗的比率數年來保持基本不變。約半數非居於院舍長者有未經治療的蛀牙(表4.5)，情況與十年前相若。

表4.5 非居於院舍長者有蛀牙經驗的百分率(2001年、2011年及2021年)

蛀牙經驗	2001年 (N = 445 500)	2011年 (N = 450 800)	2021年 (N = 883 200)
齲失補恆齒(DMFT)	99.4%	99.3%	99.6%
齲齒(DT)	52.9%	47.8%	47.1%
失齒(MT)	98.1%	98.1%	97.8%
補齒(FT)	40.3%	59.5%	69.9%

基數：所有非居於院舍長者

非居於院舍長者有牙根表面蛀蝕經驗的人數比例有增長的趨勢(2021年28.8% (253 900), 2011年24.6% (110 900), 2001年22.6% (110 700))。有80%的齲牙根(23.3%/28.8%*100%)未經治療(表4.6)。

表4.6 非居於院舍長者牙根表面有蛀蝕經驗的百分率(2001年、2011年和2021年)

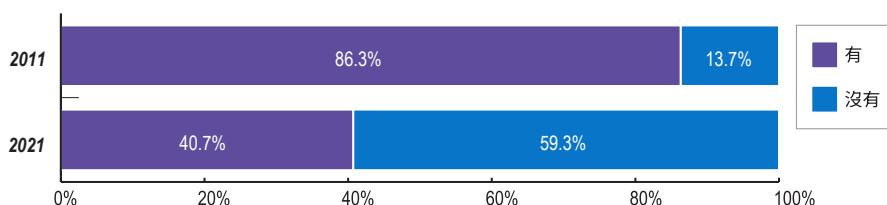
牙根表面的蛀蝕經驗	2001年 (N = 445 500)	2011年 (N = 450 800)	2021年 (N = 883 200)
齲/補牙根(DF-root)	22.6%	24.6%	28.8%
齲牙根(D-root)	21.5%	21.8%	23.3%
補牙根(F-root)	3.1%	4.1%	8.4%

基數:所有非居於院舍長者

牙周狀況

非居於院舍長者中約40.7% (355 800)有半數或以上牙齒出現牙齦出血的情況，較2011年的調查結果(86.3%)大幅減少(圖4.1)。非居於院舍長者中有4毫米或以上深度牙周袋的人數比率增加了10%(表4.7)。調查亦發現非居於院舍長者中33.8%的上顎臼齒和42.3%的下顎臼齒已經拔除(表4.8)。

圖4.1 按有否半數或以上牙齒出現牙齦出血情況劃分尚有牙齒的非居於院舍長者的百分率



基數:尚有牙齒的非居於院舍長者

2011年: N = 386 200

2021年: N = 874 900

(2001年調查中無此項相關數據可供比較)

**表4.7 按個人最深牙周袋的深度劃分尚有牙齒的非居於院舍長者的百分率
(2001年、2011年及2021年)**

最深牙周袋的深度	2001年 (N = 358 700)	2011年 (N = 386 200)	2021年# (N = 874 909)
0-3毫米(視作沒有牙周袋)	44.7%	40.8%	30.0%
4-5毫米(淺牙周袋)	44.3%	38.8%	44.1%
≥6毫米(深牙周袋)	11.0%	20.4%	25.8%
總計	100.0%	100.0%	100.0%

基數：尚有牙齒的非居於院舍長者

2001年採用指數牙檢查方法，2011年採用半口牙齒檢查方法，2021年則擴展至全口牙齒檢查方法。

表4.8 按牙周袋深度劃分的非居於院舍長者平均牙齒百分率(2021年)

	臼齒(後牙)	前臼齒	門牙和犬齒
淺牙周袋(牙周袋深度4-5毫米)			
上排牙齒	17.1%*	15.6%*	10.9%
下排牙齒	11.2%*	10.2%*	8.5%*
深牙周袋(牙周袋深度6毫米以上)			
上排牙齒	4.7%*	2.1%	2.2%**
下排牙齒	2.6%	2.1%	1.6%*
失齒			
上排牙齒	33.8%	23.8%	14.3%
下排牙齒	42.3%	17.6%	11.5%

基數：尚有牙齒的非居於院舍長者

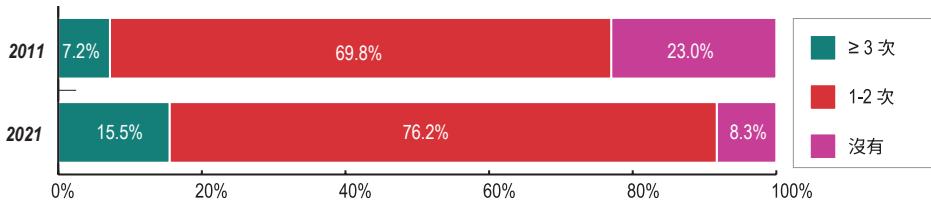
*在這類牙齒組別中有70%以上在探針檢查時有出血情況

**在這類牙齒組別中有80%以上在探針檢查時有出血情況

口腔健康相關行為

每天在正餐以外吃零食三次或以上的非居於院舍長者人數比率大幅增多(2021年15.5% (137 300), 2011年7.2% (32 500)) (圖4.2)。

圖4.2 按每天在正餐以外進食或吃零食的次數劃分非居於院舍長者的百分率



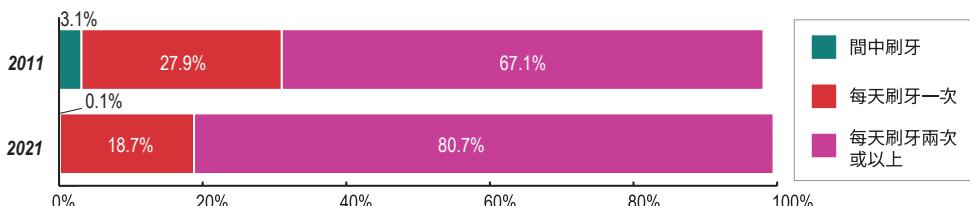
基數：所有非居於院舍長者

2011年: N = 450 800

2021年: N = 883 200

幾乎所有尚有牙齒的非居於院舍長者 (99.4%, 869 000) 都有每天刷牙。與2011年 (67.1%, 285 400) 相比較，2021年每天刷牙兩次或以上的長者人數有顯著增加 (80.7%, 705 800) (圖4.3)。超過半數的尚有牙齒的非居於院舍長者稱有清潔牙齒鄰面的習慣，其中三分之一每天清潔牙齒鄰面 (圖4.4)。調查發現非居於院舍長者中的吸煙人數比率在過去20年中有所下降 (圖4.5)。

圖4.3 按刷牙習慣劃分尚有牙齒的非居於院舍長者的百分率



基數：尚有牙齒的非居於院舍長者

2011年: N = 425 500

2021年: N = 874 900

圖4.4 按清潔牙齒鄰面的習慣劃分尚有牙齒的非居於院舍長者的百分率

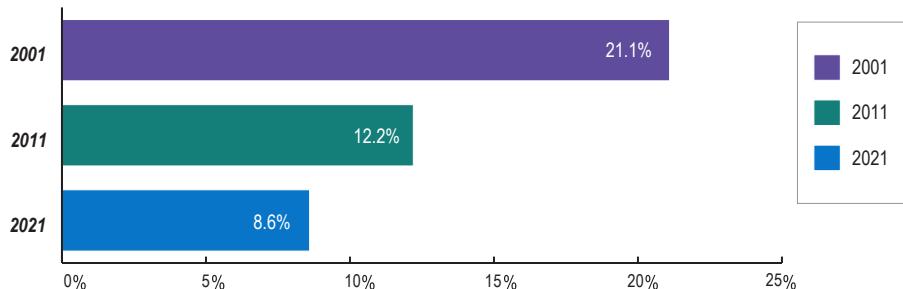


基數：尚有牙齒的非居於院舍長者

2011年: N = 425 500

2021年: N = 874 900

圖4.5 有吸煙習慣的非居於院舍長者百分率(2001年、2011年及2021年)



基數：所有非居於院舍長者

2001年: N = 445 500

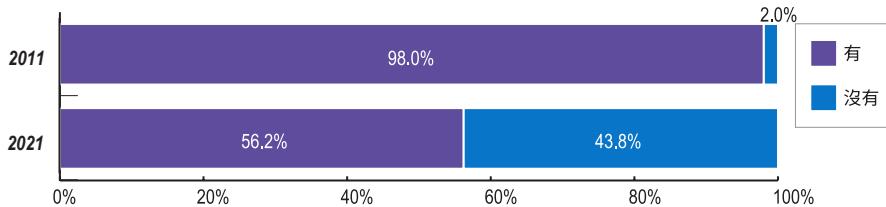
2011年: N = 450 800

2021年: N = 837 900 (數據來自「2020-2022年度人口健康調查」)

牙齒清潔程度

牙齒有可見的牙菌膜覆蓋和牙石積聚的非居於院舍長者人數顯著減少，這說明了牙菌膜控制水平提高（圖4.6和圖4.7）。

圖4.6 按有否半數或以上的牙齒有可見牙菌膜覆蓋劃分尚有牙齒的非居於院舍長者的百分率

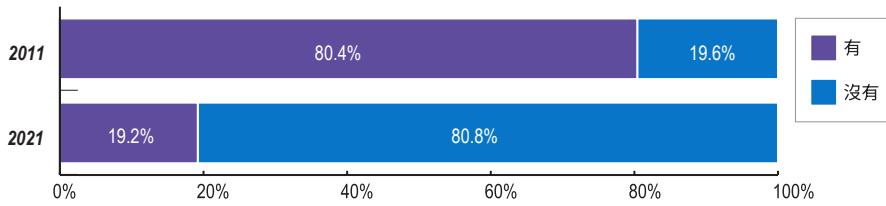


基數：有接受牙齦檢查的非居於院舍長者所代表的尚有牙齒的非居於院舍長者

2011年: N = 386 200

2021年: N = 874 900

圖4.7 按有否半數或以上的牙齒有牙石積聚劃分尚有牙齒的非居於院舍長者的百分率



基數：有接受牙齦檢查的非居於院舍長者所代表的尚有牙齒的非居於院舍長者

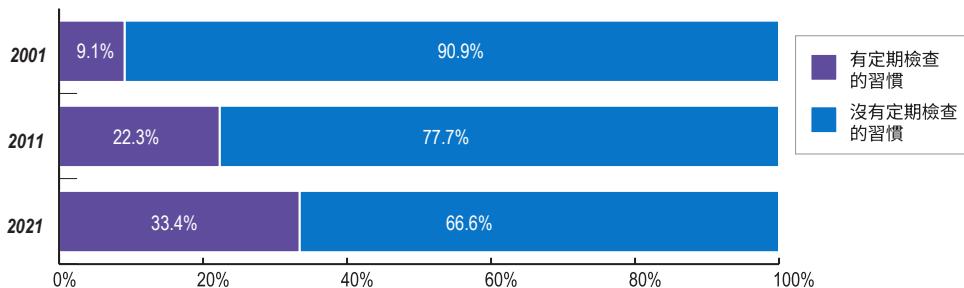
2011年: N = 386 200

2021年: N = 874 900

定期檢查口腔的習慣

有定期檢查口腔習慣的非居於院舍長者比率在過去三十年持續增長，從2001年的少於10%增至2021年的超過30%（圖4.8）。與2011年相比，口腔檢查的時間間隔有所延長（圖4.9）。

圖4.8 按檢查口腔習慣劃分非居於院舍長者的百分率（2001年、2011年及2021年）



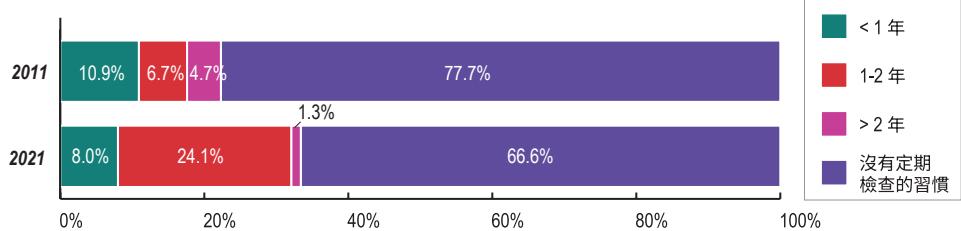
基數：所有非居於院舍長者

2001年: N = 445 500

2011年: N = 450 800

2021年: N = 883 200

圖4.9 按檢查口腔習慣劃分非居於院舍長者的百分率



基數：所有非居於院舍長者

2011年: N = 450 800

2021年: N = 883 200

推動或妨礙培養清潔牙齒鄰面習慣的因素

- 非居於院舍長者保持清潔牙齒鄰面習慣的最普遍原因是為了「清除牙縫間的殘留食物」，另一個普遍原因是他們認為「使用後牙齒更乾淨」。
- 只有1-3%的非居於院舍長者認為使用牙線或牙縫刷的習慣可預防蛀牙或牙周病。
- 「不知道如何使用」(30.8%) 和「懶惰/使用麻煩/不願使用」(22.7%) 是非居於院舍長者不使用牙線的兩個常見原因。
- 「不知道是甚麼」(25.8%) 和「沒有需要」(25.0%) 是非居於院舍長者不使用牙縫刷最常見的原因。

定期檢查口腔習慣背後的原因和觀念

- 於兩年內曾往見牙科醫生檢查口腔，而其就診原因並非是出現任何口腔問題的非居於院舍長者被界定為有定期檢查口腔的習慣。
- 72.7%有定期檢查習慣的非居於院舍長者表示「為咗及早發現牙齒嘅問題，而定期去牙醫度檢查牙齒」。
- 在有定期檢查習慣的非居於院舍長者中，61.5%表示定期檢查的主要原因是想洗牙或檢查口腔。
- 21.1%有定期檢查習慣的非居於院舍長者則認為有助預防牙患或預防勝於治療。
- 約13.9%有定期檢查習慣的非居於院舍長者是因為要盡量使用保險計劃/僱員福利所提供的牙科護理服務。

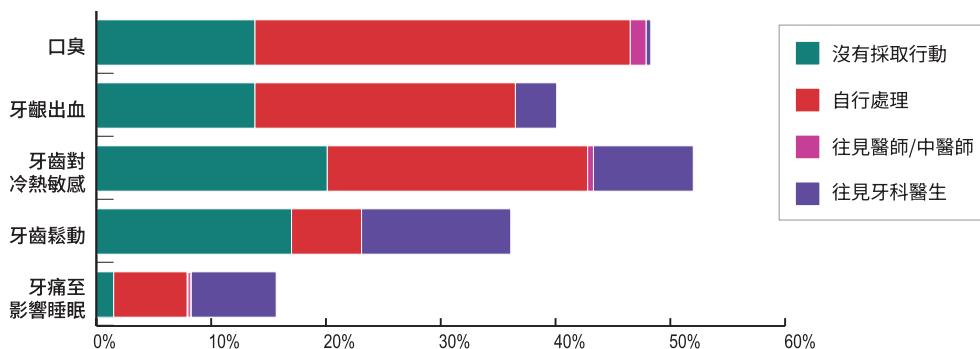
沒有定期檢查口腔習慣背後的原因和觀念

- 大多數(2021年61.0%)沒有定期檢查口腔的非居於院舍長者認為自己的牙齒健康/沒有牙痛/沒有需要，這與十年前的調查結果相若。
- 約64%沒有定期檢查者認為「只要勤力啲刷牙同埋打理棚牙，就唔駛定期去洗牙啦」，他們還表示「睇親牙醫都唔知要俾幾錢先至出得返嚟，令到唔敢隨便去睇牙(58.3%)。
- 有部分沒有定期檢查口腔的長者稱曾有想過定期檢查，但遇到各種問題。
- 未能負擔費用/不想花費金錢在檢查上(12.7%)是妨礙他們進行定期口腔檢查的一個常見的因素。

非居於院舍長者出現口腔症狀時採取的行動

當出現口腔症狀時，即使有牙痛至影響睡眠，大多數受影響的非居於院舍長者都不會採取任何行動，或自行處理口腔症狀問題，而不會往見牙科醫生(圖4.10)。

圖4.10 按調查前12個月內曾出現口腔症狀及所採取的行動劃分非居於院舍長者的比率(2021年)



基數：所有非居於院舍長者

2021年: N = 883 200

各種口腔症狀的基數是指於調查前12個月內出現相關口腔症狀的非居於院舍長者。

非居於院舍長者出現口腔症狀時，妨礙他們向牙科醫生求診的因素

- 調查發現仍有相當比率的非居於院舍長者即使出現嚴重牙痛至影響睡眠，也沒有往見牙科醫生求診。
- 部分察覺自己有口腔症狀的非居於院舍長者雖然知道有需要往見牙科醫生，但基於某些因素而妨礙了他們的求診意欲。
- 非居於院舍長者報稱，妨礙求診的主要原因是未能負擔費用及不想花費金錢在牙科治療上。

口腔健康對非居於院舍長者生活品質的影響

與2001年的調查結果相比較，有更多的非居於院舍長者報稱曾因牙齒、口腔或假牙問題而中斷進食。從心理上而言，亦有更多的非居於院舍長者曾因口腔問題而感到擔心和有些尷尬，因牙齒、口腔或假牙問題而感到心煩意亂。

總結與前瞻

調查發現非居於院舍長者現存的牙齒數目較多，牙齒更為清潔，較少牙菌膜和牙石積聚。不過，仍需關注長者的牙周狀況，而且牙根表面蛀蝕而未經治療的長者人數增多。三分之一的非居於院舍長者有少於10對咬合牙齒，缺失的牙齒主要是臼齒。某些非居於院舍長者認為自己的日常口腔清潔已足夠，因而沒有必要定期檢查口腔，不過，這種想法並不準確。還有部分非居於院舍長者自我感覺口腔健康狀況良好而沒有定期檢查口腔，以致延誤口腔疾病的確診。口腔保健系統中可能存在一些阻礙非居於院舍長者使用的因素，費用是長者關心的問題之一。牙科業界應考慮如何解決因感覺費用昂貴而不尋求牙科護理這個問題。

保持良好的口腔健康有助改善總體健康狀況。然而，較為年長的成年人的牙齒缺失值得警惕，當他們年齡達到非居於院舍長者組別的範疇時，約30-40%的臼齒已經缺失。基層牙科護理注重預防，應在個人一生中盡早開始並定期進行，從而避免將來牙齒脫落，盡量減少有可能更為昂貴的口腔治療。牙科專業人員還應提供專業的口腔自我護理指導、風險評估、生活模式建議及其他預防性牙科治療。為改善長者的整體健康管理，非居於院舍長者及私營牙科專業人員可考慮加入電子健康紀錄互通系統。

第五節

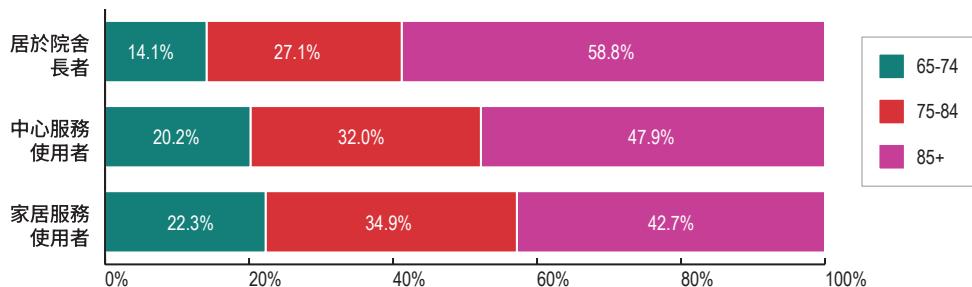
六十五歲及以上使用社會福利署長期護理服務的長者

本調查涵蓋以下三類由社會福利署(以下簡稱社署)提供的長期護理服務的使用者：

1. 住宿照顧服務的使用者(居於院舍長者)
2. 長者日間護理中心/單位的使用者(中心服務使用者)
3. 改善家居及社區照顧服務、綜合家居照顧服務的使用者(只涵蓋體弱個案)(家居服務使用者)

在三類長期護理服務的長者中(圖 5.1)，最年輕組別(65-74歲)的長者比例上均佔少數，而85歲及以上組別的長者則佔多數。相對於中心服務使用者(47.9%)及家居服務使用者中(42.7%)，居於院舍長者中85歲及以上組別的人數比率為三組之中最高(58.8%)。

圖5.1 按年齡劃分長期護理服務使用者的分布情況



基數：所有長期護理服務使用者
居於院舍長者：(N = 60 000)
中心服務使用者：(N = 7 300)
家居服務使用者：(N = 17 700)

口腔狀況 – 現存牙齒數目

長期護理服務使用者的牙齒缺失程度如圖5.2所示。居於院舍長者的牙齒缺失程度比率最高，他們每人平均只有12.1顆牙齒，失去所有牙齒的比率亦最高(18.6%)。家居服務使用者平均有14.9顆牙齒，失去所有牙齒的比率為9.8%。中心服務使用者的牙齒缺失程度則介乎前述兩類服務使用者之間，他們每人平均有14.0顆牙齒，失去所有牙齒的比率為14.6%。總之，與2011年相比，長期護理服務使用者中失去全部牙齒的人數比率下降，而存留牙齒數目增多。

圖5.2 按現存牙齒數量劃分長期護理服務使用者的分布情況



基數：所有長期護理服務使用者

居於院舍長者：(N = 60 000)

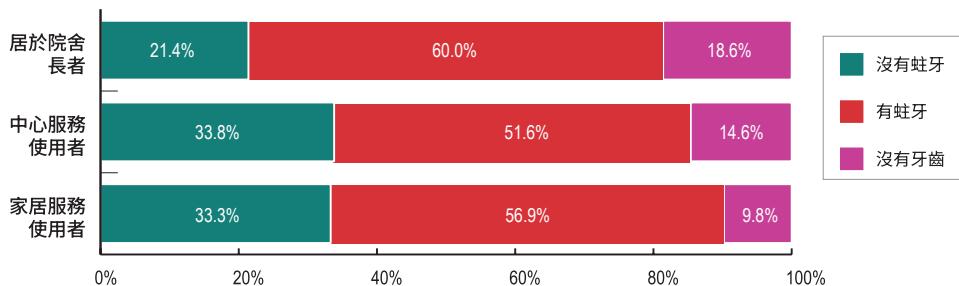
中心服務使用者：(N = 7 300)

家居服務使用者：(N = 17 700)

現存牙齒狀況 – 蛀牙

在有牙齒的長期護理服務使用者中，當中有超過半數的長者有未經治療的蛀牙，即是有73.7%居於院舍長者（60%/81.4%），60.4%中心服務使用者（51.6%/85.4%）及63.1%家居服務使用者（56.9%/90.2%）在現存牙齒中至少有一顆蛀牙（圖5.3）。在長期護理服務使用者中不同蛀牙經驗的牙齒平均數值如表5.1所示。

圖5.3 受未經治療蛀牙影響的長期護理服務使用者的比率



基數：所有長期護理服務使用者
 居於院舍長者：(N = 60 000)
 中心服務使用者：(N = 7 300)
 家居服務使用者：(N = 17 700)

表5.1 長期護理服務使用者的蛀牙經驗

長期護理服務類別	蛀牙經驗	現存牙齒	齲齒(DT)	補齒(FT)
居於院舍	平均數值	12.1	2.7	1.3
	受影響人數百分率	81.4%	60.0%	39.2%
中心服務	平均數值	14.0	2.0	1.7
	受影響人數百分率	85.4%	51.6%	48.2%
家居服務	平均數值	14.9	2.2	1.8
	受影響人數百分率	90.2%	56.9%	53.4%

基數：所有長期護理服務使用者
 居於院舍長者：(N = 60 000)
 中心服務使用者：(N = 7 300)
 家居服務使用者：(N = 17 700)

現存牙齒狀況- 口腔衛生及牙周狀況

雖然長期護理服務使用者有深度牙周袋的狀況並不普遍(圖5.4)，不過他們的口腔衛生問題卻令人擔憂，因為絕大多數有牙齒的長期護理服務使用者的大多數區段¹的牙齒表面都有可見牙菌膜覆蓋(圖5.5)。

圖5.4 長期護理服務使用者有牙周袋的區段平均數

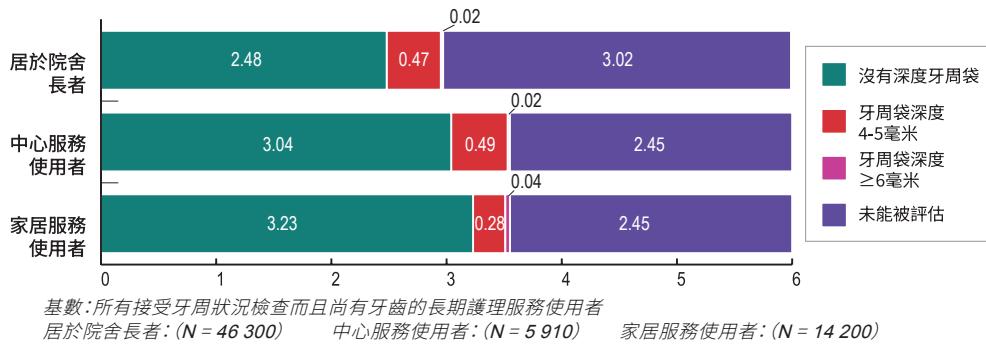
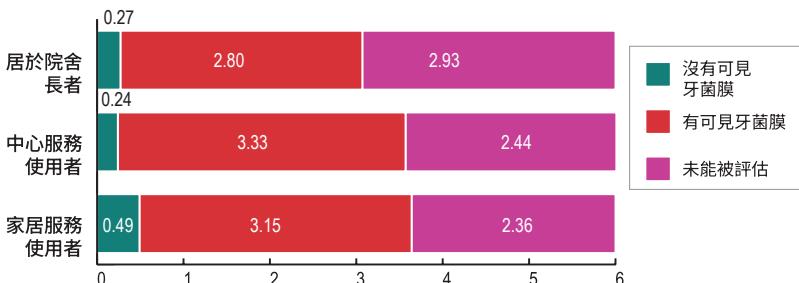


圖5.5 長期護理服務使用者的牙齒表面有可見牙菌膜覆蓋的區段平均數



基數：所有接受牙周狀況檢查而且尚有牙齒的長期護理服務使用者
 居於院舍長者：(N = 46 300) 中心服務使用者：(N = 5 910) 家居服務使用者：(N = 14 200)

- 1 此章節中關於口腔衛生和牙周狀況，其衡量單位為「區段」。一個人口腔內的牙齒可分為六個區段：
1. 右上後牙 (3顆臼齒和2顆小臼齒)
 2. 上前牙 (4顆門齒和2顆犬齒)
 3. 左上後牙 (3顆臼齒和2顆小臼齒)
 4. 右下後牙 (3顆臼齒和2顆小臼齒)
 5. 下前牙 (4顆門齒和2顆犬齒)
 6. 左下後牙 (3顆臼齒和2顆小臼齒)

區段中任何一顆牙齒的陽性結果都會被視為該區段的陽性結果。如果某個區段內的牙齒少於兩顆，該區段則列為「未能被評估」。如長期護理服務使用者因身體狀況不適合接受牙周狀況檢查或沒有牙齒亦會被列為「未能被評估」。按此前設，此章節的調查結果可推論至46 300居於院舍長者，5 910中心服務使用者和14 200家居服務使用者。

口腔狀況對日常生活的影響程度

長期護理服務使用者中有超過一半的長者表示在過去一年曾因為口腔狀況而無法或需要避免進食某些食物(圖5.6),幾乎所有的長期護理服務使用者都對自己的牙齒外觀不是非常滿意(圖5.7)。

圖5.6 口腔狀況對日常生活的影響 - 無法或需要避免進食某些食物



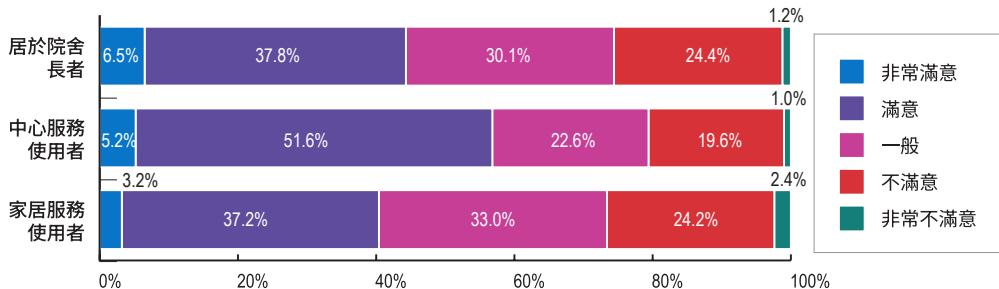
基數:所有能夠完成問卷的長期護理服務使用者

居於院舍長者: (N = 45 500)

中心服務使用者: (N = 6 340)

家居服務使用者: (N = 15 000)

圖5.7 口腔狀況對日常生活的影響 - 對牙齒外觀的滿意度



基數:所有能夠完成問卷的長期護理服務使用者

居於院舍長者: (N = 45 500)

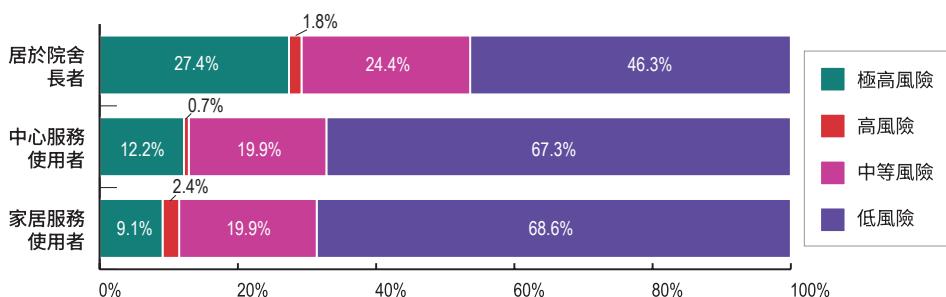
中心服務使用者: (N = 6 340)

家居服務使用者: (N = 15 000)

引致蛀牙及牙周病的風險因素

有關口腔健康的風險因素是可視為影響每個人患上口腔疾病的機率指標。長期護理服務使用者患上口腔疾病的風險多數是由影響口腔健康的行為因素所導致，比如吃零食習慣和吸煙習慣，而這些習慣通常是可以改變的。比起有自我照顧能力的成人，要保持長期護理服務使用者的口腔健康，通常需要更多資源與病人和照顧者溝通和合作，才可以降低他們患上口腔疾病風險。被評為有「極高風險²」和「高風險」患上口腔疾病的居於院舍長者合共約佔該組總人數的四分之一（29.2%，11 200），中心服務使用者（12.9%，710）和家居服務使用者（11.5%，1 560）被歸類為有「極高風險」或「高風險」患上口腔疾病的比率則較低。大部分長期護理服務使用者均有不同程度患上口腔疾病的健康風險，尤其是有部分長者因身體健康狀況影響他們進行日常口腔護理。對於此類別的長者而言，要保持良好的口腔衛生和假牙衛生，照顧者的參與是必不可少的。另外，預防政策應注重改變可影響口腔健康的行為因素，例如為照顧者提供全面的口腔護理培訓，從而協助長期護理服務使用者建立良好的口腔衛生習慣。

圖5.8 口腔狀況對日常生活的影響 – 按患上口腔疾病的整體風險劃分長期護理服務使用者的分布情況



基數：所有能夠完成問卷並且尚有牙齒的長期護理服務使用者

居於院舍長者：(N = 38 100)

中心服務使用者：(N = 5 510)

家居服務使用者：(N = 13 500)

2 「極高風險因素」指不自行或由其照顧者進行定期口腔清潔的；吃零食次數多及目前有吸煙習慣的；及其刷牙次數、刷牙時是否需要幫助、有無吸煙習慣等狀態不明確的長期護理服務使用者。「高風險因素」指每天吃零食3次或以上的、不刷牙的、不定期刷牙的或刷牙時需要幫助的長期護理服務使用者。「中等風險因素」指每天刷牙一次的及不屬於之前任何類別的長期護理服務使用者。「低風險因素」指每天刷牙兩次及不屬於之前任何類別的長期護理服務使用者。

長期護理服務使用者的客觀評估牙科治療需要與實際牙科治療需要

根據世界衛生組織建議，客觀評估的治療需要是以病人的牙冠和牙根狀況、牙周狀況及牙齒鬆動程度作為評估準則。負責檢查的牙科醫生會向長者提出基於客觀評估的治療需要，並會將長者同意的治療項目記錄為實際治療需要。按長期護理服務使用者的客觀評估治療需要及經病人同意的實際治療需要比率分布如表5.2和5.3所示。

表5.2 按客觀評估的治療需要劃分長期護理服務使用者的百分率 (2021年)

	居於院舍長者 (N=60 000)	中心服務使用者 (N=7300)	家居服務使用者 (N=17 700)
沒有治療需要	14.6%	12.6%	6.8%
有治療需要	85.4%	87.4%	93.2%

表 5.3 按實際治療需要劃分長期護理服務使用者的百分率 (2021年)

(長者同意的客觀評估治療需要)

	居於院舍長者 (N=60 000)	中心服務使用者 (N=7300)	家居服務使用者 (N=17 700)
沒有治療需要	14.6%	12.6%	6.8%
接受客觀評估治療需要	50.5%	60.5%	76.1%
拒絕客觀評估治療需要	18.7%	16.1%	11.1%
未能表達是否同意	16.2%	10.8%	6.0%

雖然長期護理服務使用者對於牙科治療的接受程度仍然偏低，但接受牙科治療的長者比率已高於2011年口腔健康調查所得的結果。不同年齡層的長者受到不同社會經濟因素所影響，對於口腔健康的認知亦可能有分別，因而他們對口腔健康和牙科服務的期望和要求也有所不同。調查結果反映過去十年，長期護理服務使用者對口腔健康的期望逐漸提升，對牙科服務的要求亦有所提高。另外，居於院舍長者、中心服務使用者和家居服務使用者對口腔健康狀況的自我評估和曾察覺有口腔問題的比率上的差異，亦可能導致三個類別的長者對於牙科治療的接受程度存在差異。

應當注意的是，部分長期服務使用者（6.0%的家居服務使用者至16.2%的居於院舍長者）未能表達是否接受牙科治療。在實際提供牙科服務時，這些長期護理服務使用者可能也難清晰表示同意接受牙科治療。

為長期護理服務使用者提供牙科服務所涉及的複雜性

長期護理服務使用者的病歷、身體狀況和認知能力都可能會在牙科醫生為其提供牙科治療時帶來挑戰。為了有系統地評估為長期護理服務使用者提供牙科服務所涉及的複雜性，本次調查是參照國際認可的評估工具³而改編制定的。該評估工具用作衡量牙科醫生為需要特殊護理牙科服務的人士診治時的困難程度。

因應長期護理服務使用者的病歷而對牙科服務作出不同程度的調整，甚至可能需要跨學科的醫療合作。因健康狀況而對牙科治療服務產生影響的分布情況總結如圖5.9所示。所有三個類別中都有超過一半以上的長期護理服務使用者被歸類為其健康狀況對牙科服務有嚴重影響。此結果表明大多數長者有多種健康問題，或有特定的健康問題，如癌症或中風，這些都可能向他們提供必要的牙科護理時受到極大的影響。

圖5.9 因健康狀況和病歷而對牙科治療服務產生影響的分布情況



基數：所有長期護理服務使用者

居於院舍長者：(N = 60 000)

中心服務使用者：(N = 7 300)

家居服務使用者：(N = 17 700)

3 由英國牙醫協會制定的「Case Mix 2019」(<https://www.bda.org/about-us/our-structure-representative-committees/community-and-public-dental-services/case-mix/>)

溝通能力反映牙科治療團隊與長期護理服務使用者及/或照顧者之間的溝通問題，以確定是否存在溝通限制以及是否需要額外的幫助。溝通能力的障礙在居於院舍長者中更為普遍(圖5.10)，其中13.7% (8 220)存在嚴重的溝通能力障礙。這表明他們的溝通能力受限或完全沒有溝通能力，並且他們的家人和照顧者不能隨時提供幫助，或者需要第三方翻譯才能協助溝通。照顧這些長者需要更多的時間和額外的資源。

圖5.10 按牙科醫生的評估劃分長期護理服務使用者溝通能力障礙的分布情況



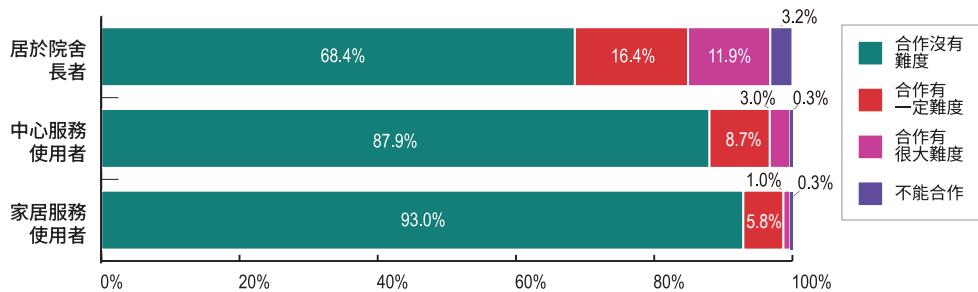
基數：所有長期護理服務使用者

居於院舍長者：(N = 60 000)

中心服務使用者：(N = 7 300)

家居服務使用者：(N = 17 700)

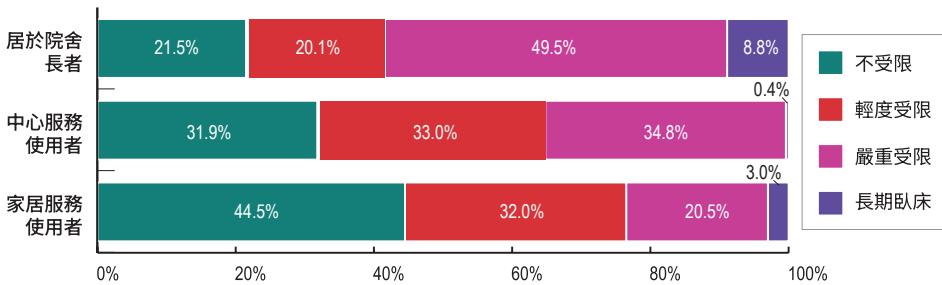
合作意願反映牙科治療團隊在提供牙科治療時所面臨的困難，以確定應採用何種行為管理技術(包括鎮靜麻醉和全身麻醉)令患者接受治療。在居於院舍長者群組中的合作障礙也更為普遍(圖5.11)。在某些嚴重不合作的案例下，要求牙科醫生接受特殊培訓以評估醫療風險，以及與醫療團隊協調在這些模式下提供牙科治療。為了應對這類障礙，還需要額外的設施和醫院手術室。

圖5.11 根據牙科醫生的評估劃分長期護理服務使用者合作程度的分布情況

基數：所有長期護理服務使用者

居於院舍長者： $(N = 60\,000)$ 中心服務使用者： $(N = 7\,300)$ 家居服務使用者： $(N = 17\,700)$

牙科服務的可及性反映長期護理服務使用者在整個牙科護理過程中所面臨的困難或障礙。身體活動障礙在所有長期護理服務使用者中都很普遍（圖5.12）。78.5%的居於院舍長者，68.1%的中心服務使用者和55.5%的家居服務使用者都需要陪同才能前往牙科診所。8.8%的居於院舍長者和3.0%的家居服務使用者長期臥床，需要外展隊提供定期外展牙科服務。然而，如果必須提供更為複雜的牙科治療，就需要額外的交通安排將長者送往牙科診所。

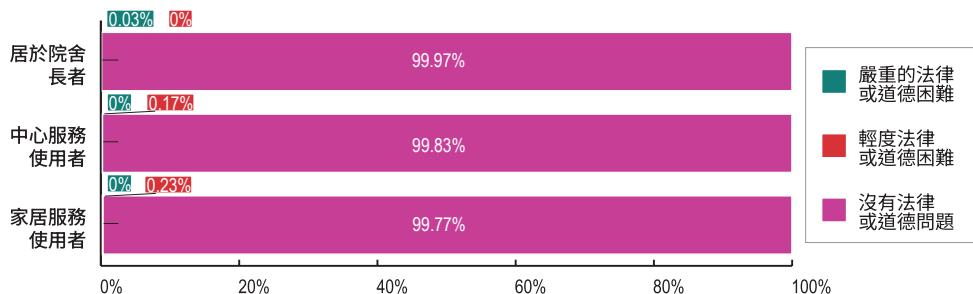
圖5.12 根據牙科醫生的評估劃分長期護理服務使用者身體活動障礙的分布情況

基數：所有長期護理服務使用者

居於院舍長者： $(N = 60\,000)$ 中心服務使用者： $(N = 7\,300)$ 家居服務使用者： $(N = 17\,700)$

法律和道德約束反映牙科治療團隊在取得長期護理服務使用者或其照顧者的同意時可能面臨的困難，包括有關長者為精神上無行為能力。僅一小部分長期護理服務使用者具有不確定的心智能力（圖5.13）。在本次調查中，作為先決條件，已徵得所有接受檢查者及其家屬的同意。結果顯示，沒有接受檢查者存在嚴重的法律或道德障礙，這可能會低估此類長者所佔的人口比率。對於存在嚴重法律或道德障礙的長者，根據《精神健康條例》（第136章），牙科治療的最佳利益決定需要兩名醫生的意見或監護委員會的協助。

圖5.13 根據醫生的評估劃分長期護理服務使用者法律/道德障礙的分布情況



基數：所有長期護理服務使用者
居於院舍長者：(N = 60 000)
中心服務使用者：(N = 7 300)
家居服務使用者：(N = 17 700)

總結與前瞻

本口腔健康調查報告結果顯示，長期護理服務使用者的人數及其在香港人口長者群組中的比率有所增加。調查結果表明長者保留了更多的真牙，但牙齒清潔和假牙清潔卻都存在問題。大多數尚有牙齒的長者都受到蛀牙影響，而有牙周袋的情況相對較少。在這一群因失去自我護理能力及口腔風險增大而導致口腔健康狀況惡化之前，即在他們使用長期護理服務之前的階段，就應當重點預防並投入資源。大多數尚存真牙的長期護理服務使用者都有可見牙菌膜和牙石積聚，反映他們的日常口腔衛生護理不足及缺乏專業洗牙。不論長期護理服務使用者居於社區或是院舍，都應向他們提供適時、可及的專業牙科服務。與此同時，還應向長期護理服務使用者和他們的照顧者持續推廣日常口腔護理的重要。

某些長期護理服務使用者曾察覺到口腔不適及受其負面影響。對於客觀評估的牙科治療需要的接受程度仍較低，但已遠遠高於2011年的口腔健康調查報告。在臨床檢查中，牙科醫生為不同長期護理服務類別的長者進行評估及計劃治療時都遇到不同程度的困難。有較大比率的長期護理服務使用者面臨難以克服的障礙，包括共病症、可及性有限的牙科服務，以及溝通與合作性方面的挑戰，這些都加劇了牙科治療的複雜性，因而為牙科醫生處理長期護理服務使用者的治療需要帶來挑戰。這些障礙令牙科治療更為複雜，需要牙科醫生接受額外的培訓、專門的額外設施或提供牙科護理的特殊安排。病情複雜且嚴重不合作的病例往往需要與醫療團隊溝通（例如治療前需要調整藥物或進行血液檢查）來製定牙科治療計劃，並需要在醫院環境下進行牙科治療。為牙科專業人士提供特殊護理牙科服務的培訓，以及提供包括鎮靜麻醉和醫院手術室的醫院服務和設施，對於滿足這一體弱群組的牙科需求至關重要。

為了保持長期護理服務使用者的口腔健康以及維持牙科治療的成果，應採取兼顧長者醫療、牙科和社會風險因素的整體方法。與社會服務、醫生、長期護理服務機構的工作人員、長期護理服務使用者的親屬和照顧者進行跨界別合作以應對此群組中日益增長的牙科治療需求至為重要，令長期護理服務使用者能夠得到從預防到治療，與一般人對等的牙科服務。

第六節 概論

「世界衛生大會敦促會員國重新調整主要針對病原體的傳統治療方法，轉向預防和宣傳方法並識別風險，以實現及時、全面和包容性的護理，……」

(世界衛生大會74.5決議，2021年)

朝著同一方向，香港特別行政區政府於2022年12月成立了口腔健康及牙科護理工作小組（工作小組），檢視現行各項牙科護理服務，向政府提供口腔健康及牙科護理的長遠規劃的意見，以及向政府建議加強服務範疇和模式等事項。口腔健康和牙科護理的長期策略，以及包括擴大服務範圍和模式的事項。基層牙科護理以保存牙齒及提升市民口腔健康整體水平為目標。

多年來，公眾對於口腔健康護理需求的重點一直是補牙、拔牙及鑲配假牙等治療性牙科服務。然而，工作小組認為，牙齒缺失是可以避免的，倚靠的是預防性牙科服務而不是治療性牙科服務。治療性牙科服務可以修補牙科疾病引致的後果（例如填補修復蛀牙洞），但無法影響疾病的進程（例如礦物質流失導致的蛀牙洞）。因此，治療性牙科服務無法解決牙齒問題，牙齒疾病很可能會復發（例如出現新的蛀牙洞）。如果人們能夠採取有利於口腔健康的生活模式（請參閱第2章）並使用預防性牙科服務（例如外用氟化物或窩溝封閉劑），則更有可能預防蛀牙和牙周病。

在發展基層牙科服務時，會採用「基層醫療健康藍圖」所提出的慢性疾病的預防、及早發現、及早治療的策略。公眾改變觀念，支持這些措施對於其成效性至關重要。

工作小組的《中期報告》指出，蛀牙和牙周病是香港牙科公共健康的主要威脅。2021年口腔健康調查結果證實了這一點，因為在39%的五歲兒童、32%的成年人和47%的非居於院舍長者中都發現有未經治療的蛀牙，57%成年人和70%的非居於院舍長者中還發現有牙周袋。預防此等程度的牙科疾病今後再次發生，需要做大量的工作。

保持個人日常口腔衛生習慣，採取有利於口腔健康的生活模式，是在個人層面提升口腔健康的關鍵。2021年口腔健康調查發現，受檢者報稱的口腔衛生習慣有所改善，但這可能會給公眾帶來錯誤的安全感。因為2001年、2011年和2021年的口腔健康調查結果表明，定期檢查牙齒的習慣在所有目標年齡群組中都不普遍。可能是由於缺乏牙科專業人員針對個人的指導，受檢者的口腔衛生習慣導致後牙清潔不充分，進一步發展為牙科疾病的風險很高。2021年口腔健康調查的結果進一步說明了為不同年齡段人群提供適當的基層牙科服務的必要性，進而推動市民改變生活模式。

定期評估口腔健康風險應成為基層牙科服務的一部分。當一個人身患某種疾病時，由於疾病本身或醫療的副作用，口腔健康風險通常會升高。應及早開始並持續與疾病治療同步進行預防性牙科護理，從而降低2021年口腔健康調查中在長期護理服務使用者中發現的牙科疾病的高發病率。

2022年5月，第75屆世界衛生大會通過了《口腔衛生全球戰略》，其願景是到2030年在口腔衛生方面為所有個人和社區實現全民健康覆蓋，使他們能夠享受可達到的最高口腔衛生水準，並為健康和富有成效的生活做出貢獻(WHA75(11)和A75/10 Add.1)。將口腔保健系統和人們的觀念重點從治療為主轉向預防為主，提高保存真牙的可能性，應成為公共投資的優先選項。

筆記

筆記

筆記

