

運用公民參與模式模擬及評估健保財務平衡方案
之可行性研究

期末報告

委託單位：衛生福利部

執行單位：國立臺灣大學社會學系

民國 110 年 12 月

衛生福利部 110 年度委託研究計畫

期末報告

(自 110 年 1 月 至 110 年 12 月止)

計畫名稱：運用公民參與模式模擬及評估健保財務平衡方案之
可行性研究

計畫編號：M1016003

研究起迄：110 年 1 月 1 日起至 110 年 12 月 31 日止

申請機構：國立臺灣大學社會學系

主持人：林國明

職 稱：教授

聯絡電話：02-33661221

傳 真：02-23683531

電子郵件：kuoming@ntu.edu.tw

聯 絡 人：陳亞筠

聯絡電話：02-33661238

傳 真：無

填表日期：110 年 11 月 25 日

目錄

中文摘要	1
英文摘要	4
第一章、導論	7
第二章、蒐集與彙整健保財務平衡方案資料	10
第一節 健保署採取過的開源措施	10
第二節 健保署採取過的節流措施	12
第三節 二代健保重要財務改革措施	19
第四節 小結	21
第三章、探討適用之公民參與模式	22
第一節 審議民主之定義與特質	22
第二節 具備審議特質之公民參與模式	25
第三節 審議式公民參與模式的特性和差異	26
第四節 介紹不同種類之審議式公民參與模式	30
第五節 審議式公民參與模式之比較	38
第六節 本計畫適用之審議式公民參與模式	49
第四章、科技工具與公民審議	51
第一節 前言	51
第二節 科技工具與公民審議之相關理論	52
第三節 如何使用科技工具，促進審議變得更好？	55
第四節 如何應用科技工具與公民審議	58
第五節 使用科技工具可能面臨的阻礙	61
第六節 討論與結語	63
第五章、計畫相關籌備	66
第一節 計畫宣傳	66
第二節 定期召開內部工作會議	69
第三節 議題資料的蒐集與撰寫	69
第四節 規劃公民審議會會議	70
第五節 定期召開工作會議	73
第六章、公民審議會會議實際執行過程	75
第一節 會議宣傳與召募	75
第二節 抽出公民代表	79
第三節 正式會議	82
第四節 健保財務平衡意見報告書	89
第五節 建議與未來方向	101
第六節 研究限制	103
參考文獻	104
附錄一、審議式民調之操作手冊	110
第一節 介紹與適用時機	111
第二節 操作流程	112
第三節 工作項目與執行進度	117

第四節 預算項目	121
附錄二、公民陪審團之操作手冊	125
第一節 介紹與適用時機	126
第二節 操作流程	126
第三節 工作項目與執行進度	135
第四節 預算項目	139
附錄三、公民共識會議操作手冊	143
第一節 介紹與適用時機	144
第二節 操作流程	144
第三節 工作項目與執行進度	153
第四節 預算項目	157
附錄四、願景工作坊操作手冊	161
第一節 介紹與適用時機	162
第二節 操作流程	163
第三節 工作項目與執行進度	173
第四節 預算項目	177
附錄五、常設諮詢專家之發言摘要	181
附錄六、會議手冊	191
第一章、導言	192
第二章、介紹公民審議會	194
第三章、什麼是全民健康保險	200
第四章、全民健保的錢從哪裡來？花到哪裡？	210
第五章、錢不夠了，怎麼辦？	218
第六章、健保未來，你我共同討論	232
參考文獻	240
附錄七、期末應完成工作項目自評表	244
附錄八、期中報告書面審查意見回覆對照表	246
附錄九、期末研究中所遭遇之問題與困難，並請自評是否符合進度	255
附錄十、期末經費使用狀況	257

中文摘要

本計畫的主要目的在於協助落實「擴大社會參與」這個二代健保的核心精神，規劃並實際運用公民參與模式，進而評估財務平衡方案的可行性。具體的實施方法如下：蒐集先進國家對於公民參與健保財務公共政策之模式與經驗，評析其中運作的優缺點；針對保險費率審議、總額協議訂定及分配等事項，及健保署所提併案審議之財務平衡方案，探討所適用之公民參與模式。依據審議民主的原理，舉辦一場實驗性公民參與活動，就健保署提出之費率或財務平衡方案併案審議之內涵，包括擴大費基、部分負擔、補充保險費等其他影響健保財務收支相關措施，蒐集公民意見，評估方案之可行性。

審議民主的公民參與模式種類繁多，不同審議民主模式存在著共同原則，包含提供民眾淺顯易懂且盡量客觀中立之資訊、詢問專家意見、交由專業主持人協助進行討論以及共同產出意見報告書。在眾多的審議民主公民參與模式有三個面向可以作為參考，以利選擇最適當的公民參與模式，分別是**參與模式的特性**、**議題性質**和**成本與預算**。參與模式的特性這個層面可以參考**參與者特性**、**資訊取得**、**程序規則**、**意見產出**，這幾個層面進行分析；議題性質則需要評估**議題發展程度**、**議題範圍**、**技術複雜性**、**基本價值的衝突**。

最為常見的四種審議民主公民參與模式為審議式民調、公民陪審團、公民共識會議以及願景工作坊。近年來更發展出混和模式，混和模式運用審議模式編輯(editing of deliberation modes)的概念，藉由審議模式的拆解和組合，兼顧公民審議的質與量。

由於健保費率議題的討論必須給予參與者一定程度的先備知識，以利參與者在知情(informed)的前提下進行討論，再加上健保議題所影響的民眾類型繁多，期望促成異質公民小組之間的激盪與對話，最後，則是希望此次討論的公民小組能夠做出共同決定，因此本團隊選擇採取**公民審議會**的模式。「公民審議會」以公民會議為原型加以改良，讓主辦單位更易於操作。除了降低成本之外，會議舉行時間縮短至2天至4天，並且討論議題皆由主辦單位進行設定。

本次的健保財務平衡公民審議會議的籌備過程首先邀請設計師設計主視覺意象，並且建立粉絲專頁以利後續會議宣傳事項。此外，本計畫團隊多次召開內部工作會議，確定各項計畫以及會議辦理的執行細節。會議於8月開始召募參與者，最終本次會議的有效報名人數為138人，我們依據性別、年齡、教育程度和居住地進行分層隨機抽樣。並且於會議正式舉辦前寄送大約60頁的會議手冊給二十位公民代表先行閱讀，增加他們對於議題本身的掌握度，以及補充他們

對於健保議題的熟悉度。兩天的公民審議會安排許多環節，來自全台各地的公民代表在經歷聆聽演講、與各領域專家進行對談以及兩個不同面向的討論後，針對健保財務議題提出意見和建議，共同產生了一份意見報告書。

健保財務平衡意見報告書包含兩大部分，分別是**健保支出面如何節流**和**健保收入面如何開源**。健保支出面如何節流的議題方面，有關部分負擔，公民的共識為：(1) 回歸健保法，採取定率制，若維持定額制則提高金額；(2) 取消重大傷病免除部分負擔的規定；(3) 無實際醫療需求的高就診的民眾加重部分負擔；以及(4) 民眾自行要求但不符專業判斷的檢驗需自費。在促進分級醫療的議題方面，公民們主張：(1) 由社區或基層院所進行判定、提供諮詢，協助民眾分級自身症狀和需要的醫療；(2) 在遵守個資法的前提下，經由適當管道，在就醫次數過高時提醒民眾總就醫次數，促使民眾自我察覺；(3) 透過媒體宣導分級醫療。公民對於健保支出面如何節流也提出了其他建議：(1) 安寧醫療、無效醫療的社會宣導工作，必須從小、從基層開始教育；(2) 政府應塑造友善自費的環境，以提倡新醫療科技的使用與引入，提供醫療創新空間；(3) 醫療資訊的大數據應用，應以投資健康的角度將臨床數據與健保資料庫相互整合，評估醫療科技與醫療服務所帶來的社會價值。

關於健保收入面如何開源這個議題，公民針對費率調整共同討論出來的共識為：能夠接受健保費率調漲，但政府應充分說明其費用增長後，資源配置的合理性；政府應提供淺顯易懂之資訊，讓民眾容易親近，使其易讀，避免因資訊落差阻礙一般民眾瞭解健保制度。公民對於如何擴大補充保費之費基範圍與修改計費方式也提出意見，建議補充保費應改為年度結算；評估採用其他行政成本較低的增加費基方式，包括既有政府費捐收入的重新分配，以及尋求新的費捐徵收財源；公益彩券盈餘使用在健保的比例應提高，增加菸捐挹注健保的合理比率；應增加對人體健康造成負擔商品之課稅或課費；政府應再研議目前家戶總所得制的挑戰與可行性，家戶總所得制具公平性，例如機會中獎獎金(樂透、發票)、尾牙中獎等，能成為健保開源的一環。另外，對於停復保議題方面，公民代表認為停復保制對健保仍是加項，應維持現狀；應以健保財務永續前提，若有影響社會觀感者，以個案處理，運用其它行政手段裁罰；拉長停復保之等待期至六個月或以上。

計畫團隊觀察本次會議，可以發現多年來持續針對健保相關議題所進行之「由下而上」的民意蒐集有其長期成效，公民小組對於健保議題也開展出更為全面的思考與關照。計畫團隊也建議在未來定期辦理的全民健保公民審議中，一方面應納入更為多元的議題，另一方面則應採取更多不同的審議參與模式。例如在台灣不同區域辦理多場次的審議會捲動更多公民參與，

或是採取兩階段的審議模式。

英文摘要

The main purpose of this project is to select appropriate methods of citizen participation in national health insurance financing. Specifically, the tasks undertaken are the followings:

- (1) To Analyze different modes of citizen participation employed in health insurance financing in advanced countries, and assess the pros and cons of these approaches;
- (2) To search for the coupling between modes of citizen participation and types of policy issues in national health insurance financing; that is, which kinds of citizen participation will be appropriate for particular types of policy issues.
- (3) To organize an actual event of citizen participation to make policy assessment of how to balance the revenues and expenditures of Taiwan's national health insurance program.

Citizen participation in deliberative democracy comes in different modes, but there are some common principles, including providing readable material to inform citizen panels, being as objective and neutral as possible, asking for expert opinions, having professional facilitators to guide the discussion, and producing an opinion report. Among the various modes of deliberative democracy citizen participation, there are three aspects that can be used as references to choose the most appropriate model of citizen participation: the characteristics of the participation mode, the characteristic of the issue, and the cost and budget. The characteristics of the participation mode can be analyzed based on the characteristics of participants, information acquisition, procedural rules, and output of opinions; the nature of the issue requires assessing the level of development of the issue and its scope, the complexity of the technology, and the conflict of basic values.

The four most common modes of deliberative democracy citizen participation are deliberative polls, citizen juries, consensus conference, and scenario workshop. In recent years, mixed mode has been developed, which editing multiple modes to take both the depth and breadth of public participation into consideration.

The project team chose to adopt the citizen deliberation mode for several reasons: first, the discussion of health insurance financing issues requires a certain level of prior knowledge in order for participants to engage in an informed conversation; second, there are many types of people affected by health insurance issues, and it is hoped that dialogue between heterogeneous citizens' representatives will be facilitated; and third, the citizens' representatives in this discussion are expected to make a joint decision. The "citizen deliberation conference" is an improvement on the prototype of the consensus

conference, making it easier for organizers to operate. In addition to reducing costs, the length of the conference can be shortened to 2 to 4 days, and the discussion topics are all set by the organizers.

In the preparation of this health insurance financing citizen deliberation conference, the project team first held several internal working meetings to determine various implementation details and the operation of the meeting, while inviting designers to design the main visual image and setting up a fan page on Facebook for subsequent publicity matters. The conference began to recruit participants in August and finally received 138 valid registrations. We conducted a stratified random sampling based on gender, age, education level and place of residence. 20 selected citizens' representatives were required to read the approximately 60-page conference brochure we provided in advance to increase their grasp of the relevant issues. The two-day citizen deliberation conference was organized many sessions. Citizens' representatives from all over Taiwan listened to presentations, engaged in discussions with experts in various fields, and addressed different aspects of health insurance financing. By compiling their opinions and suggestions, they ended up working together to produce an opinion report.

The health insurance financing opinion report is divided into two main parts, namely how to reduce expenditure on health insurance and increase income. In terms of reducing health insurance expenditures, the consensus among citizens on this issue of copayment is to return to the health insurance law, and either adopt a fixed rate system or maintain a fixed premium system but increase the amount ; to cancel the exemption of copayment for major illness; and increase copayment for people with a high number of medical visits; as well as to require patients to pay out-of-pocket for tests that do not conform to professional judgments. Regarding the adjustment of the health insurance premium rate, it was agreed that the premium rate could be increased if necessary in the next two years. The citizens' representatives suggested the following methods to promote the hierarchy of medical care: consultations provided by community or primary care hospitals to help people grade their medical needs; modest reminders to people about their total number of medical visits when there are too many visits, under the premise of complying with the personal information law; and promotion of the hierarchy of medical care through the media. Other suggestions from the citizens' representatives on how to reduce expenditure on health insurance include: the government should create a friendly self-paid environment to promote the use and introduction of new medical technologies and to encourage medical innovation; the application of big data of medical information should be adopted from the

perspective of health investment, combining clinical data with the health insurance database to evaluate the social value brought by medical technology and services.

Regarding the issue of how to increase the income of health insurance, the consensus reached by citizens' representatives on the adjustment of the premium rate is that the general public can accept having to bear higher health insurance fees, but the government should fully explain the rationality of resource allocation after the increase in revenue. The government should provide easy-to-understand and easily accessible information to avoid information gaps that would hinder the general public's understanding of the health insurance system; social advocacy for hospice care and avoidance of ineffective medical treatment must be targeted at the grassroots level, starting from children. Regarding the suspension/re-enrollment in the National Health Insurance, the citizens' representatives believe that the number of people affected is limited and there is no need to drastically change the current regulation; however, under the premise of maintaining the health insurance's financial sustainability, cases that affect social perceptions could be punished by using other administrative means to lengthen the waiting period for the suspension of the insurance to six months or more. Citizens' representatives also put forward their opinions on how to expand the premium calculation base of Supplementary premium and modify the billing method, suggesting that supplementary premiums should be billed annually; evaluate other methods of increasing the fee base with lower administrative costs, including reallocating existing government fees and taxes and seeking new sources of income; raising the proportion of public welfare lottery surplus and cigarette revenue used for health insurance; imposing taxes or fees on commodities that are harmful to human health; and the government should reconsider the challenges and feasibility of setting the premium based on overall household income, which citizens' representatives believe is fairer and could also include income from prizes and awards won by chance, year-end bonuses, etc., as part of the increase in health insurance revenue.

Observing this conference, the project team can see the long-term effect of years of the "bottom-up" public opinion gathering on health insurance issues, and the citizen' representatives has also developed a more comprehensive thinking and concern about relevant topics. The project team suggests that citizen deliberations on the National Health Insurance can be held regularly in the future, and that more diverse issues should be included, as well as more different modes of deliberation and participation. For example, holding multiple deliberation conferences in different regions of Taiwan to involve more citizens, or adopting a two-stage deliberation model

第一章、導論

全民健保從 1995 年開辦以來，雖然民眾滿意度很高，但也存在不少問題，尤其是財務收支失衡的隱憂，一直是重大的政策問題。為使健保能夠永續經營，賴美淑指出(32)政府於 2000 年開始規劃二代健保的結構性改革，就「建構權責相符的組織體制」、「財源籌措的公平性」、「醫療品質的確保」及「擴大社會多元參與」等層面，提出前瞻性規劃。二代健保法案於 2011 年立法通過。在上述的改革方向上，為了解決過去收支無法連動而形成財務失衡的情況，衛福部將過去側重收入面的「全民健康保險監理委員會」，及側重支出面的「全民健康保險醫療費用協定委員會」，整合為全民健康保險會(下稱健保會)，希望能夠構建權責相符之全民健保組織體制。

健保會被賦予的諸多任務中，例如健保費率之審議、保險給付範圍之審議和保險醫療給付費用總額之對等協議等，涉及財務收支連動。財務收支連動是二代健保組織體制和財務制度設計的核心精神，目的在使醫療給付費用總額與健保費率互相扣連，以確保收支平衡。根據健保法的規定，健保會應於年度開始 3 個月前，在行政院核定的醫療給付費用總額範圍內，協議訂定醫療給付費用總額及其分配方式。健保會協議訂定年度總額後 1 個月，健保署擬訂費率方案，送健保會審議當年度的一般保險費費率。健保會在審議費率之前，應邀集精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士提供意見，並於年度開始 1 個月前，依協議訂定的總額，完成年度應計收支平衡費率的審議，提請衛福部轉報行政院核定，若無法於期限內完成審議，則由衛福部逕行報行政院核定後公告。

其中，費率的審議，更是眾所關切的議題。由於台灣人口結構老化帶動醫療服務需求增加，健保總額逐年成長，全民健保的財務目前已出現入不敷出的危機，健保費率的調漲一直是各界關切的焦點。2020 年 9 月 29 日衛福部部長陳時中在立法院答詢時表示，「健保要能收支平衡，這是法律規定，所以要檢視相關費率，以及公平和需要。至於費率調不調，要視收支的連動才能做明確決定。」行政院長蘇貞昌則表示，費率漲或不漲，要考慮兩個原則，一是「健保不能倒」，二是「要做到公平合理，包括使用健保的人、繳費方式等都要檢討，相關的使用、醫療、藥物等，都要讓它合理。」¹為了因應健保財務窘況，健保費率於 110 年 1 月 1 日起從 4.69% 漲至 5.17%，而補充保費費率也連動調整，從 1.91% 調漲至 2.11%，受僱者每人平均每月保費增加 63 元。這次健保費率調漲距離上次健保費率調漲已經將近 11 年，雖然健保財務狀況吃緊，但

¹ 引自范正祥，蘇貞昌：健保不能倒，要做到合理，中央社，20-09-29
<https://www.cna.com.tw/news/aip/202009290140.aspx>

是因為疫情影響，經濟不景氣，單次漲幅過大會對弱勢民眾產生衝擊，因此漲幅居中，至於後續幾年健保費率是否調漲、應該如何調漲，以及同時兼顧健保永續經營和社會公平是當務之急。

不管是醫療給付費用總額的協議訂定，還是費率的審議，牽連的層面非常廣泛，牽涉到龐大的醫療資源如何分配，以及付費者的付費意願和能力。它不但涉及全民健保的政策價值和目標能否實現，還有不同醫療服務部門之間，醫療服務提供者、使用者和付費者之間，不同的偏好和實際利益之間的衝突。究竟要採取何種政策措施，全民健保的財務問題才能達到蘇貞昌院長所說的「永續經營」和「公平合理」，各方看法不一。因為涉及層面非常廣泛，在決定過程中，應該擴大社會參與。

事實上，擴大社會參與是二代健保制度規劃的核心目標之一。全民健保法第五條規定，「健保會於審議、協議本保險有關事項，應於會議七日前公開議程，並於會議後十日內公開會議實錄。於審議協議重要事項前，應先蒐集民意，必要時，並得辦理相關之公民參與活動。」劉宜君(31)提到健保會在組織改造的過程中，確實強化了社會參與的機制。例如，提升付費者代表在審議與協議過程中的比率與角色。不過，健保會也瞭解到，建構適當的公民參與機制，是刻不容緩的工作。健保會(34)在 102 年的年報中指出：「擴大社會參與是二代健保的核心價值，健保會雖已藉由委員組成增加民眾參與的機會，然而，健保法第 5 條要求健保會於審議保險費率、保險給付範圍，及協定總額等重要事項前，應先蒐集民意。因此尋求更適切、適用的管道，使在最短的時間蒐集到準確的重點民意，並即時提供委員討論的參考，是刻不容緩需要處理的議題」。

協助健保會建構適當的公民參與模式，正是本計畫的核心目標。以健保會目前較常使用的公民參與機制來說，主要是透過召開委員會議，並且透過網路提供相關資料等。以全民健保財務收支連動的議題來說，費用總額的訂定與分配，以及費率的審議，涉及資源分配的合理性和適當性，也牽涉各方的衝突。因此，參與的過程，必須有充分的資訊，才能評估整體資源配置是否公平合理。再者，資源分配涉及不同的偏好、價值和利益的衝突，必須讓不同的觀點能夠進行對話和溝通。因此，本計畫希望能夠協助健保會建構提供充分資訊、進行溝通對話的公民參與模式，也就是，審議民主模式的公民參與。

林國明和陳東升(5)提到臺灣最早在規劃二代健保公民參與機制時，就引入審議民主模式的公民參與，二十一世紀以來，許多西方國家紛紛採取公民共識會議 (consensus conference)、公民陪審團 (citizens' jury)、審議式民調 (deliberative polling) 等各種具有「審議民主」精神的公民參與模式，來討論健保議題，以及醫療資源配置的優先順序。Council of Europe (46)、Dolan

and Ferguson (49)、Forster and Gabe(55)、Lomas(57)、Mullen(63)、Mitton et. al(64)都指出審議民主模式的公民參與，一方面強調，所有受到政策影響的人，應該要有平等的權利和有效的機會來影響政策，另一方面則認為，社會公眾應該透過「說理」的溝通行動來影響政策。支持或反對某項主張，都應該提出理由來辯護，而且是以別人聽得進去的理由來講道理，讓大家判斷哪個論點比較有說服力。參與者不僅要說理，也要聆聽各種不同的觀點，以相互尊重、平等互惠的立場，抱持同理心，去了解、反思和回應他人的觀點、利益與需求。相互說服的溝通行動中，使得各方論點受到周延的考量，以尋求合理的方案，做成足以服眾的決定。

全球的醫療體系，雖然逐漸引進公民審議的模式，來擴大社會參與。但現有討論經驗實作案例的文獻，很少分析不同的審議模式，適合用來討論何種類型的政策議題。事實上，審議民主模式的公民參與，種類繁多。不同的模式，適用於不同類型的議題。當我們在協助健保會建立適當的公民參與機制時，必須要先瞭解、分析，在醫療給付費用總額訂定與分配的協議，以及費率的審議過程中，有哪些重要的議題，這些議題屬於何種類型，適合使用何種公民參與來蒐集民意？另外，針對眾所關切的費率審議和相關的財務平衡方案，本計畫將根據議題的性質，規劃執行一場實驗性的公民參與活動，來建構能夠提供充分資訊、進行溝通對話的公民參與模式。

簡言之，本計畫有以下幾個具體目的：

1. 蒐集先進國家對於公民參與健保財務公共政策之模式與經驗，評析其中運作的優缺點。
2. 針對保險費率審議、總額協議訂定及分配等事項，及健保署所提併案審議之財務平衡方案，探討所適用之公民參與模式。
3. 依據審議民主的原理，舉辦 1 場實驗性公民參與活動，就健保署提出之費率方案或財務平衡方案併案審議之內涵，包括擴大費基、部分負擔、補充保險費等其他影響健保財務收支相關措施，蒐集公民意見，評估方案之可行性。

本計畫的主要目的，在協助落實「擴大社會參與」這個二代健保的核心精神，規劃並實際操作公民參與模式，來評估財務平衡方案的可行性。因此，期末報告的架構包含以下內容，介紹較常運用於公共議題之公民參與模式，並且針對健保署現行的財務平衡方案進行闡述，接著分析最為適合本計畫採用之公民參與模式，以及介紹科技工具如何運用在公民審議的參與模式之中，並且說明計畫相關籌備事項和公民審議會實際的執行狀況，最後則是針對本計畫提出建議以及未來方向。

第二章、蒐集與彙整健保財務平衡方案資料

隨著經濟條件和人口結構的改變，人均壽命越來越長，醫療支出的成長更是逐年攀升，甚至遠快於健保保費收入的成長速度。這個現象反映了全民健保一直以來所面對的重大議題，如何穩定且持續提供醫療服務，同時維持健保的永續經營，也突顯了財務平衡方案的重要性。財務平衡方案包含開源和節流兩大部分，一方面積極地拓展財源，另一方面，則是把錢花在刀口上，盡可能避免醫療資源的浪費，兩者都是非常重要的一環。

第一節 健保署採取過的開源措施

一、調漲健保費率

保險費一直是健保收入的最主要來源，全民健保的設計機制，是讓全民健保得以自給自足，盡量避免影響到政府其他財務支出。保險費收入必須足以供應醫療費用的支出，因此向人民收取的保險費應以精算特定期間的平衡費率為準。健保費率的調整牽一髮而動全身，往往需要經過多方考慮思量，根據全民健康保險法的規定，健保安全準備總額，以相當於最近精算一個月至三個月之保險給付支出為原則，健保會於審議費率前，應邀請精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士針對健保署費率方案提供意見。

精算特定期間之健保費率的用意，主要是以前期結餘填補後期短絀，因為健保費率在一定的期間的費率是固定的，然而醫療費用卻是連年成長，為了避免健保的財務虧損，必須在前期先持有結餘，在後期方能支應短絀的情況。健保署過去分別於 2002 年、2010 年及 2021 年三次調高健保費率，最近一次調漲距離上次調漲已經 11 年，然而近兩年 COVID-19 疫情肆虐，經濟不景氣的環境下，考慮到人民付費能力衰退，以及避免一次性大幅度調漲，因此漲幅較低，目前現行的健保費率為 5.17%。

二、調整投保金額分級表

為了遵循量能負擔的原則，健保署近幾年因應基本工資調漲，陸續調整投保金額分級表上下限與級距，最新的投保金額分級表由 110 年 1 月 1 日起施行，總共分成 9 組 47 個級距，投保金額分級表第一級由 23,800 元調整為 24,000 元，預估一年可增加約 5 億元的健保收入。

三、藥商藥品價量協議返還金(藥品給付協議返還金額)之運用

藥品給付協議返還金額原本回歸健保基金，自從 107 年第 2 季起回歸醫療總額，並由健保

署依照相關藥品於各季申報醫令金額的比率，併入各總額醫療費用結算，減緩藥費對於總額點值的衝擊。值得注意的是，值得注意的是，C 肝用藥費用於 106 年起列為專款項目，該藥品所返還的金額撥入專款項目，專門用於 C 肝病患的用藥治療。108 年度藥品給付協議返還金額為 34.1 億元，其中 18.6 億的 C 肝藥品返還款用於 C 肝治療，其餘的 15.5 億則是撥入總額。

表2-1 歷年藥品價量協議返還金

年度	藥品給付協議 返還金額 (億元)	備註
103	14.70	撥入健保基金
104	13.17	撥入健保基金
105	15.26	撥入健保基金
106	9.58 0.1(C 肝專款) 9.48(基金)	0.1 億 C 肝藥品返還款撥入專款用於 C 肝用藥治療 其餘 9.48 億撥入健保基金
107 ^註	14.9 0.8(C 肝專款) 14.1(基金、總額)	0.8 億 C 肝藥品返還款撥入專款用於 C 肝治療 其餘 14.1 億中，4.1 億撥入健保基金(107 年第 1 季)、10.0 億撥入總額(107 年第 2-4 季)
108 ^註	34.1 18.6(C 肝專款) 15.5(總額)	18.6 億 C 肝藥品返還款撥入專款用於 C 肝治療 其餘 15.5 億撥入總額(包含 0.4 億其他專款返還金額)

註：藥品給付協議之返還金額自 107 年第 2 季回歸總額。

資料來源：健保會第 4 屆 109 年第 1 次臨時委員會議資料

四、其他

健保署還有其他的開源措施，像是：菸品健康福利捐、社會福利彩券收益(包括公益彩券、運動彩券收入，後因修法，自 105 年 11 月 18 日後全數撥入教育部)、逐年將軍公教人員由本薪改以全薪投保……等等。除此之外，也加強清查中斷投保之保險對象、投保金額查核和欠費收繳，這都是確保健保收入來源無虞的方式。透過多元積極的作為，穩固全民健保的財務狀況，維持全民健保系統運作及平衡，促進全民健保永續發展。

第二節 健保署採取過的節流措施

一、總額支付制度

為了節制健保醫療費用的快速成長，以及提高特約醫療場所的專業自主權，健保署自1998年起陸續推動牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院部門總額支付制度，至2002年起全面採行總額預算支付制度。這意味著健保署支付特約醫療院所醫療費用時，雖仍採論量計酬支付方式，但整體醫療費用設有上限，年度總額固定後，醫療服務量越大，則每單位服務量可以申請的健保核付費用也就越低。

每年度的醫療給付費用總額又是如何決定的呢？依據《全民健康保險法》第六章第六十條規定，每年的醫療給付費用總額由衛福部於年度開始六個月前擬定其範圍，經諮詢健保會後，報行政院核定。第六十一條規定，健保會應於各年度開始三個月前，在前條行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協議訂定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式，報衛福部核定；不能於期限內協議訂定時，由衛福部決定。

總額支付制度的用意在於利用有限健保資源，提供有效率且高品質的醫療服務，避免醫療資源的浪費，希望將醫療費用成長率控制在一定範圍內。而110年度的醫療給付費用總額，成長率分別是，牙醫門診為3.055%，中醫門診是4.306%，西醫基層(含門診透析服務)為3.552%，醫院總額(含門診透析服務)則是4.382%。

二、推動論病例計酬和住院診斷關聯群(Tw-DRGs)支付制度

醫療給付費用總額支付制度是一種宏觀(macro)的成本控制手段，同時也需要佐以微觀(micro)的改革，才能落實節流的效果，而論病例計酬和住院診斷關聯群(Tw-DRGs)支付制度正是微觀的改革方式。這兩種支付方式可以解決論量計酬下，醫療院所提供不必要診療服務的缺點。

論病例計酬是依照病例分類(主診斷或主手術)訂定單一支付點數來支付醫療費用，同一個疾病/處置支付定額的費用，不因用藥或是住院天數不同而有差異，是一種定額包裹的給付方式。但是目前實施項目有限，大多是內容單純的疾病，節流的效果和管理的效益不大，目前99年以前門住診合計僅採行54項，因99年開始導入第1階段Tw-DRGs，及103年7月導入第2階段Tw-DRGs，目前實施的論病例計酬項目降低至20項。

然而多數疾病的處置方式卻是更多元的，甚至不同條件的人患有同樣疾病因應的方式也不同，為了給予最適切的治療方式，同時避免不必要的醫療浪費，健保署開始推行住院診斷關聯

群(Tw-DRGs)支付制度。住院診斷關聯群(Tw-DRGs)支付制度參考了不同條件(包含住院病患之診斷、手術或處置、年齡、性別、有無合併症或併發症及出院狀況等)之後，再分成不同的群組，同時考慮到各群組醫療資源使用的情形，於事前訂定各群組的給付價格。因此同一種病會因為診斷的不同、有無合併症或併發症及有無手術等因素而落入不同的群組，也會擁有不同的支付價格。另外健保署也針對疾病嚴重度不同，給予不同的加成，希望藉此提升醫療品質、公平性以及效率。

三、健保醫療資訊雲端查詢系統

健保署運用雲端科技，於 102 年利用病人資料建置健保雲端藥歷系統，105 年升級為「健保醫療資訊雲端查詢系統」。截至目前共提供 12 類就醫資訊查詢，供醫師調閱查詢，107 年更擴充此系統的內涵與功能，可以查詢病患近期做過的檢驗/檢查、手術、用藥等整合資訊，也建立了線上主動提醒醫師重複處方的功能，除了可以確保病人用藥安全，提升就醫品質及方便性，同時也降低重複用藥及檢查的潛在風險。

除此之外，自 104 年 7 月起開始實施門診特定藥品重複用藥管理措施，並於 106 年 10 月擴大藥品管理項目，後來逐年增加，至 108 年 10 月起更進一步擴大至健保門診全藥類藥品，希望透過各醫療院所的處方或調劑作業共同努力，以避免藥品浪費。藥品浪費也和民眾息息相關，健保署於 104 年 7 月份起，推動同院所重複處方或調劑藥品的藥費核刪，並且利用宣導的方式，提倡民眾遺失藥品應自行負責，以避免不適當的藥費支出。

統計數據顯示，109 年全年共有 28,308 家院所、91,833 位醫事人員使用健保醫療資訊雲端查詢系統，使用率如下：醫院 100%、西醫基層診所 97%、中醫診所 95%、牙醫診所 96%、藥局 92%。也有約 88.7%的病人在就醫或領藥時，醫事人員會先行查詢本系統，以確保用藥無誤。自 102 年建置本系統後，103 至 109 年估計減少重複藥費近 93.5 億元(以全藥類估算)、推估 107~109 年減少重複檢查檢驗費用約 10 億點。另於 107 年起針對西醫藥費前 80%之重點藥品，展開強化管理措施，以大數據分析回饋給醫療院所自我管理，針對異常案件加強審查，近年整體藥費的半年成長率由 106 年下半年的 8.93%下降至 109 年上半年的 1.20%。

隨著健保雲端系統不斷提供創新服務，健保署也榮獲多項國際獎項的肯定。更重要的是，透過此平台，得以有效提升醫療效益及病患安全、整合病患醫療資訊，各級醫療院所也可以持續發展創新應用，讓本系統運用在更廣闊多元的層面，進而提升醫療照護品質與病人安全。

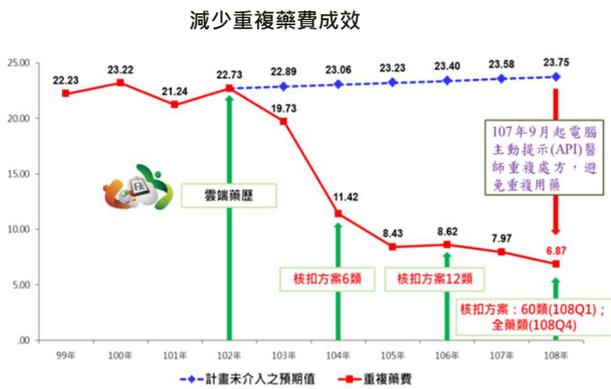


圖 2-1 歷年減少重複藥費成長率

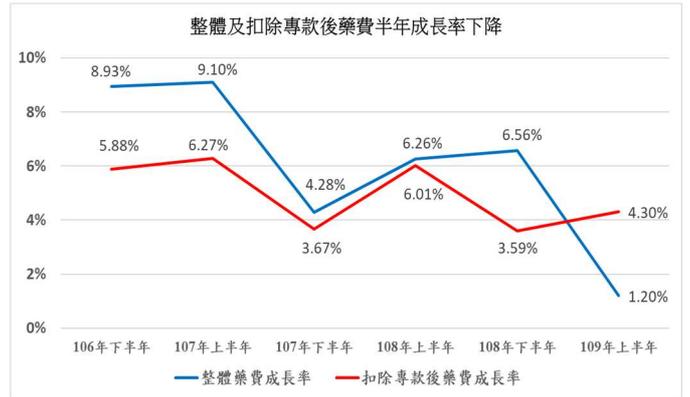


圖 2-2 歷年整體及扣除專款後藥費成長率



圖 2-3 歷年門診檢查申報點數成長率

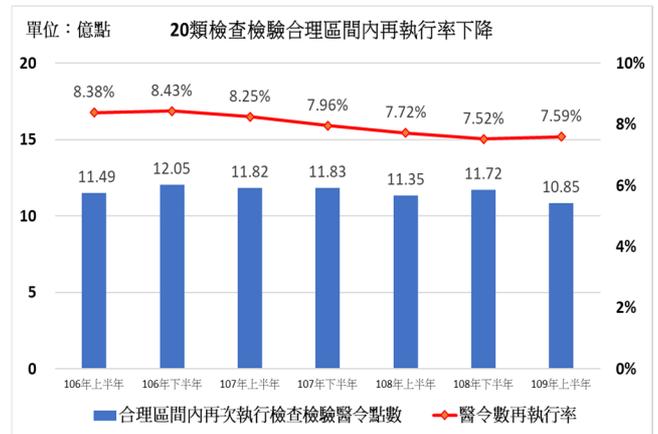


圖 2-4 歷年檢查檢驗合理區間再執行率

估算107-108年減少重複檢查(驗)費用(20類)約3.5億點

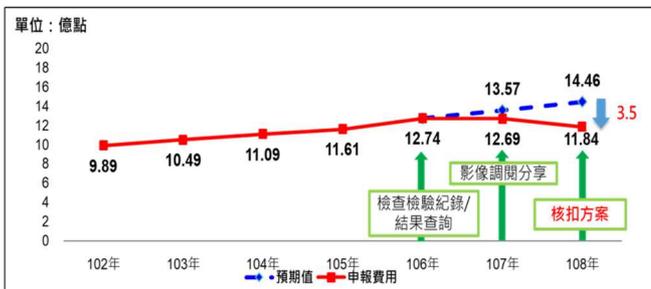


圖 2-5 歷年減少重複檢查(20類)申報點數

估算107-108年減少重複檢查(驗)費用(44類)約5.3億點

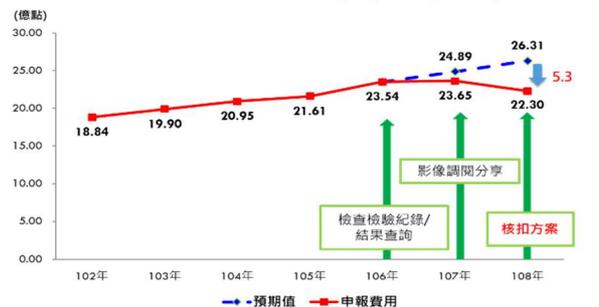


圖 2-6 歷年減少重複檢查(44類)申報點數

資料來源：健保會第4屆109年第1次臨時委員會議資料

四、分級醫療

分級醫療簡單來說就是小病去小診所，重症去大醫院，藉此達到分流的效果，病人依照疾病的嚴重程度不同都可以獲得最妥善的照顧。目前現行的制度把醫療院所分成「基層診所」、「地區醫院」、「區域醫院」與「醫學中心」，總共 4 級。民眾生病時，第一時間可先到診所看病，如果病情比預期更嚴重或是需要更進階的檢查，再由醫生轉診至其他的醫療院所，節省重複檢查及等候時間，由於醫院有充分人力提供急、重症的照護，讓病患獲得迅速妥善的治療，避免不必要的醫療花費與就醫時間，促進醫療資源合理分配。藉由各級醫療院所共同分工合作，透過雙向轉診的機制，提供病患連續性、整合性的醫療照護，紓解醫院擁擠情形，提升醫療照護品質。

健保署自 106 年開始執行分級醫療政策，佐以各項配套措施逐步推動，經過醫界、民眾及相關公部門的努力下，已略見成效，區域級以上醫院門診人次占率逐漸減少，而基層和地區醫院的門診人次占率增加，門診人次的轉移可使有限醫療資源能發揮更大效益。然而因為民眾就醫習慣的改變並非一蹴可及，雖然民眾的就醫情形有朝基層門診移動的趨勢，仍須加強溝通宣導並持續觀察，惟有民眾養成正確的就醫觀念，共同珍惜醫療資源，方能讓有限的醫療資源發揮最大的使用效益。有鑑於此，107 年衛福部委託臺灣大學社會學系舉辦分級醫療公民審議會，邀請來自全台各地的民眾共同討論，交流不同的意見，期盼對於分級醫療政策能夠有更多元的建議。

然而 109 年受 COVID-19 疫情的影響，再加上政府大力推動防疫新生活，看診人次普遍減少，民眾減少不必要的就醫，避免暴露於醫療院所的風險，就醫行為因為疫情產生正向的改變。關於 109 年就醫人次下降，難以判斷是 COVID-19 疫情影響，還是推動分級醫療的成效所致，因此推動分級醫療政策近期仍是以鼓勵為主。

五、提高部分負擔

民眾到醫療場所看病時，並不是由全民健保負擔所有的醫療費用，看病的人也需要負擔一部分的金額，這就是「部分負擔」的概念。設立部分負擔的規定，主要是提醒民眾醫療資源的寶貴，避免因為看病太過便宜，導致浪費醫療資源的情形發生。

健保法第 43、47 條，明定門診、急診、居家照護、住院等部分負擔之收取方式，其中只有居家照護及住院之部分負擔，是採用定率收費，其他項目則是以定額方式計收。在門診部分，除有基本部分負擔之外，另有藥品及復健治療(中醫傷科)之部分負擔。

門診基本部分負擔最近一次調整，是 106 年 4 月 15 日，若經過轉診到醫學中心或區域醫院，部分負擔調降 40 元(分別為 170 元、100 元)；未經轉診，直接到醫學中心或區域醫院，部分負擔調升 60 元(分別為 420 元、240 元)。

表 2-2 門診基本部分負擔表

醫院層級	西醫門診		急診		牙醫	中醫
	經轉診	未經轉診	檢傷分類			
			第 1、2 級	第 3、4、5 級		
醫學中心	170 元	420 元	450 元	550 元	50 元	50 元
區域醫院	100 元	240 元	300 元		50 元	50 元
地區醫院	50 元	80 元	150 元		50 元	50 元
診所	50 元	50 元	150 元		50 元	50 元

資料來源：衛生福利部中央健康保險署網站

註：(1)凡領有身心障礙手冊者，門診就醫時不論醫院層級，基本部分負擔費用均按診所層級收取 50 元。
 (2)門診手術後、急診手術後或住院患者出院後 1 個月內之第一次回診，及生產出院後 6 週內第一次回診，視同轉診，並得由醫院自行開立證明供病患使用，按「經轉診」規定收取部分負擔。

門診藥品部分負擔依照定率計算後採定額的方式收取；藥費 100 元以下免收，100 元以上，則按藥費級距每增加 100 元收取 20 元，以此類推，藥費超過 1,001 元以上，藥品部分負擔收費 200 元。但若是持「慢性病連續處方箋」調劑(開藥 28 天以上)者、接受牙醫醫療服務或論病例計酬診療項目，則可免除藥品部分負擔。

表 2-3 門診藥品部分負擔表

藥費	部分負擔費用
100 元以下	0 元
101~200 元	20 元
201~300 元	40 元
301~400 元	60 元
401~500 元	80 元
501~600 元	100 元
601~700 元	120 元
701~800 元	140 元
801~900 元	160 元
901~1000 元	180 元
1001 元以上	200 元

資料來源：衛生福利部中央健康保險署網站

門診復健（含中醫傷科）部分負擔是民眾在門診進行復健物理治療或中醫傷科治療，同一個療程自第 2 次起則要多付部分負擔 50 元。但若是復健物理治療「中度 - 複雜」及「複雜」治療，可免除部分負擔。

民眾因為生病而需要住院的話，住院部分負擔是依據住院病房類別及住院日數長短進行收費。急性病房的部分負擔比率高於慢性病房，如此設計的用意是希望民眾生病住院時，過了急性期，就應該回家療養或轉入慢性病房，避免占用醫療資源。

表 2-4 住院部分負擔表

住院部分負擔比率表				
病房別	部分負擔比率			
	5%	10%	20%	30%
急性病房	-	30 日內	31~60 日	61 日後
慢性病房	30 日內	31~90 日	91~180 日	181 日以後

資料來源：衛生福利部中央健康保險署網站

106年4月15日調整部分負擔的主要目的之一，係為落實轉診制度，促進分級醫療，也因此兼具了開源和節流兩者的功能。希望藉由制度層面導引民眾就醫習慣的改變，小病去小診所掛號，重症去大醫院就醫，除了提升效率，也是促進醫療院所提供醫療服務內容的差異化，和整體醫療體系的分工合作，讓民眾獲得最妥善的照護。

108年保險對象醫療費用的部分負擔為425億元，較上年增加1.7%，其中門診部分負擔324億元，住院部分負擔101億元。全民健保為了照顧弱勢群體，免除了特定對象的部分負擔，除於健保法第48條明定重大傷病、分娩、山地離島地區就醫，免除部分負擔；健保法第49條明定低收入戶就醫應自行負擔之費用，由中央社政主管機關編列預算補助；並有因職災或多氣聯苯中毒就醫、3歲以下兒童或百歲人瑞、列管的結核病患等，由政府編列預算補助部分負擔。

六、配合藥費支出目標制(DET)辦理例行年度藥價調整措施

鑑於每年藥品支出持續成長，二代健保法修法之後，為了讓調整藥價的幅度更具有可預測性，自102年起試辦藥費支出目標制(DET)，每年都會將超出藥費支出目標值的額度，作為下一年藥價調整的依據，同時也啟動市場調查，如果藥品的交易價格已經下降，也會調整該藥品的價格。103年至109年每年辦理例行藥價調整，所節省藥費約400.22億元，可以緩和藥費的成長，節省下來的額度可以用在給付新藥、放寬藥品給付範圍等措施，也可以使得其他醫療服務保有較大的額度以合理反映點值。

如果有藥廠反映健保調整價格後不敷成本，在確保民眾用藥權益的前提下，健保署也願意與藥界溝通，積極檢討DET的計算公式，共同商議解決方法。一方面讓藥界保有合理的利潤空間，另一方面，也可藉由藥價調整後的效益，運用在支付新藥及適應症範圍擴大的給付，達到全民共享藥價調整的效益。

表 2-5 藥費支出目標制(DET)歷年支出表

項目	102年	103年	104年	105年	106年 ^註	107年 ^註	108年 ^註
DET 成長率	4.528%	3.309%	3.481%	4.950%	4.280%	3.212%	4.080%
目標值 (億元)	1,380.0	1,425.6	1,475.2	1,548.2	1,511.0	1,559.5	1,623.1
核付金額 (億元)	1,436.7	1,507.7	1,507.0	1,605.3	1,594.4	1,631.9	1,678.3

項目	102 年	103 年	104 年	105 年	106 年	107 年	108 年
超出額度 調整額度 (億元)	56.7	82.1	31.8	57.1	73.82	58.3	40.4
調整生效 日期	103.5.1 103.7.1	104.4.1	105.4.1	106.4.1	107.5.1	108.4.1	109.10.1

註：106 年起 DET 不包括罕病、血友病、AIDS 及 C 肝等治療用藥，所以其目標值及核付金額排除該等費用，超出及調整金額為核付金額扣減目標值，再扣減價量協議(PVA)回收金額。

資料來源：衛福部健保會第 4 屆 109 年第 1 次臨時委員會議資料

第三節 二代健保重要財務改革措施

一、補充保費

二代健保於 2013 年 1 月 1 日開始實施，其中一項重大的變革—補充保險費，是健保署的開源措施之一，所採取的是在原有的一般保費之外，利用擴大費基(計算保費的基礎)收繳補充保險費的方式，增加健保收入，也讓保費收取更符合量能負擔的公平原則。當民眾有以下 6 項所得或收入時，將會被收取補充保費，分別為：1.全年累計超過當月投保金額 4 倍部分的獎金 2.兼職薪資所得 3.執行業務收入 4.股利所得 5.利息所得 6.租金收入。

補充保費的費率依據健保法第 33 條規定，依健保費率之成長率調整，其調整後之比率，由主管機關逐年公告。2013 年的補充保險費費率為 2%，自 2016 年 1 月 1 日起，補充保險費費率由 2%調降為 1.91%，而今年 1 月 1 日起調漲成 2.11%。

補充保費並非毫無限制的收取，而是訂有上、下限，上列六項僅有**全年累計超過當月投保金額 4 倍**這一項的獎金無下限，而**兼職薪資所得**如果單次給付達到基本工資才會收取補充保費，**執行業務收入、股利所得、利息所得及租金收入**單次給付金額達 2 萬元才需要繳納補充保費，而上限皆是以單次給付 1,000 萬元為限。

雇主的部分，除了一般保費之外，也要負擔補充保費，和保險對象不同的是，雇主所要支付的補充保費不設定上、下限，並且每個月和一般保費合併繳納。雇主負擔補充保費的計算方式為「每月支付薪資所得總額」與「受僱者當月投保金額總額」的差額再乘以補充保費費率，這樣設計的用意在於，雇主以固定月薪作為員工主要報酬的話，需要支付的補充保費非常的少；反之，如果雇主聘用許多兼職員工，或是員工的薪水包含大量獎金和紅利，由於這些並未反映在既有的投保金額，也因此需要繳納的補充保費相對較多，雇主的負擔也隨之加重。109 年度

收繳的補充保險費總共 472.06 億元。

二、政府負擔健保總經費至少 36%

二代健保提高政府負擔的總經費至少達到整體保險費(不含其他法定收入)的 36%，也就是說，未來每一年政府需要多負擔二百億元左右的健保費，並且隨著健保支出的成長，政府的負擔也會持續增加，與此同時便可以減輕雇主與保險對象的保費負擔。

三、保障弱勢群體權益，減輕就醫部分負擔

考量到弱勢民眾可負擔能力，加強對弱勢族群及偏遠地區民眾的醫療服務也是二代健保的重點之一。除了減免醫療資源缺乏地區就醫的部分負擔之外，政府針對弱勢群體均有健保費補助，例如：中低收入戶、身心障礙者。同時也會通報相關單位，提供必要的社會救助或是就業輔導。

至於收取補充保費的部分，也明定低收入戶完全不必扣繳。另外考慮到打工族工作不穩定的情形，如果再扣繳補充保費，血汗錢將所剩無幾，因此只要是中低收入戶、中低收入老人、兒童、少年、無專職工作的專科學校及大學學士班學生，符合一定條件的身心障礙者與經濟困難者，每次兼職所得未達基本工資者，不需要再扣繳補充保費。

至於不符合健保保費補助條件，而欠繳健保保費的民眾，健保署也提供多項協助措施，例如：分期繳納欠費、紓困基金無息貸款，以及轉介公益團體協助繳納健保欠費等。

此外，考慮到矯正機關受刑人的健康權，二代健保實施之後，亦將其納入健保，將六萬多名受刑人納入全民健保的體系，落實「人人有保，就醫公平」的目標。

四、建立全民健保財務平衡收支連動機制

二代健保實施之後，將負責監督收入面的「全民健康保險監理委員會」及協調支出面的「全民健康保險醫療費用協定委員會」整併為「全民健康保險會」。全民健康保險會除了肩負保險業務監理，以及總額協定分配事項，也被賦予「審議年度應計之收支平衡費率」、「以收支連動方式管理健保財務」、「審議保險給付範圍增減」等責任。

為了廣納各界不同意見作為健保政策的參考，全民健康保險會則是由被保險人、雇主、保險醫事服務提供者、專家學者、公正人士和相關機關代表所組成，委員人數更擴增至 39 名。相較於過去監理會 29 名及費協會 27 名委員，人數和代表性更加多元。委員會的主要任務為針對

健保費率及保險給付範圍進行審議，還有協議訂定及分配年度醫療給付費用總額，希望藉由這樣的收支連動機制，確保健保財務長期穩定。

五、促進資訊公開透明、擴大民眾參與

為了落實全民監督機制，以提高醫療服務品質，健保署積極推動醫療資訊公開透明。健保署每月皆會於網站公布各醫院費用申報資料，提供民眾上網查閱各醫院全民健保費用申報的醫療服務點數，還有提供與去年同期比較的結果。除此之外，還可以查詢西醫基層、牙醫、中醫各項醫療服務點數分布級距情形。而健保署同時也促進醫療院所公開醫療品質及財務報表等相關醫療資訊。

至於健保政策相關的重要會議實錄、醫事服務機構財務報告及保險病床等資訊，也都公開上網，希望透過公開透明化資訊，讓民眾有效監督健保政策，提供健保署以及健保會健保政策的反饋，形成良好的循環。

第四節 小結

以上為本計畫所彙整之健保署曾經採取過的開源和節流措施，並蒐集最新之相關數據。這些資訊將在本計畫所辦理的公民審議會中彙整給參與者，也會成為日後撰寫之可閱讀資料的重要素材，其目的是提供給公民代表和外界參考。這是因為參與者必須先了解健保會和健保署的各種開源節流政策，才能在知情的基礎上針對本次審議會之主題「健保費率的調整」進行討論和溝通。針對目前開源節流各項做法的民眾反應與支持度，或是對於開源與節流措施的其他建議，乃至於排定各項措施的優先順序等，都可能是公民審議會中討論的面向。本計畫後續將持續蒐集相關資訊，並改寫為淺顯易懂之資訊提供給公民小組與外界參酌。

第三章、探討適用之公民參與模式

第一節 審議民主之定義與特質

全民健保的財務問題日益嚴重，全民健保財務收支連動一直都是非常重要的議題，而本計畫其中一個目的即是針對這個部分蒐集先進國家對於公民參與健保財務公共政策的模式與經驗，正所謂他山之石可以攻錯，經由學理評估分析其中運作的優缺點，進而提出本計畫最適切且具備審議民主特質的公民參與模式。有鑑於此，我們將運用一定的篇幅對於審議民主的定義和特質進行說明，以及分析各種不同具備審議特質的公民參與模式。

Chambers(65)提及「審議民主」(deliberative democracy)是一種規範性的民主理論，審議民主理論主張，具備民主正當性的法律與政府決策，必須可以被所有受到該項立法與行政決定所影響的公民們認定為合理的；而被公眾認為合理的決策，應該從自由、平等的公民之間的公共討論而來。在公共討論的過程，公民們紛紛提出解決集體問題的方案，各自說明主張的緣由，並且相互批判彼此的方案和論點，藉以調整自己的看法，期望找到被所有人接受的方案。

參考 Bächtiger, Andre, et al.(44)的論述，目前已有不勝枚舉的文獻嘗試定義審議民主此規範性的民主理論，大部分的界定，都趨向於 Jon Elster (56)言簡意賅的定義。Elster 對審議民主的定義有兩個層面。一個是「審議」的層面，認為集體決定是理性無私的公民或是代表經由公共論理的方式形成；另一個則是「民主」的層面，亦即所有受到決策影響的人民或是代表，都應該能夠參與集體決定。

依據 Elster 的定義，審議民主的「審議」層面來說，審議民主是一種以對話為中心 (talk-centric) 的民主理論，審議民主讓我們對民主的瞭解，環繞在辯解義務 (accountability) 和討論的觀念上。民主的核心觀念是：統治是建立在人民同意的基礎。投票中心的民主理論把民主視為固有的偏好和利益經由公平公正的聚集機制相互競爭的場域。投票的競爭機制所形成的 (多數) 決定，即可宣稱是經過人民同意的「集體選擇」，事實上卻忽略了少數人的意見。審議民主並沒有將「同意」從民主的概念中排除。只是對「人民的同意如何達成」這個問題，以對話為中心的審議民主理論，和投票中心 (voting-centric) 的民主理論，有著截然不同的思維。審議民主則將「人民的同意」和「辯解義務」二者連結。審議民主理論認為一個具備正當性的政治秩序，必須說服所有受其法律約束的人這個決定的合理性。換句話說，集體決定必須具有說理義務；公共政策的決定必須「給個說法」，必須公開說明、釋義，提出充分的理由辯護其合理性，才能具有「獲得人民同意」的正當性。在這樣的思考邏輯下，民眾的「同意」和投票的機制並

沒有消失，而是在審議民主的模式中，比起匯集模型（aggregative model），被賦予更豐富且多元的解釋。所以，Chambers(65)說，儘管審議民主理論對現存的匯集模型的代議民主制度批判甚多，但是審議民主並沒有要取代代議民主，它是代議民主的延伸和補充，審議民主關注投票之前意見和想法形成的溝通過程，從公共審議（public deliberation）中形成可向公眾說理的政策決定。

審議民主的「民主」層面非常重視公民對政策決定的直接參與。與審議民主相對的是民主菁英理論，Schumpeter(74)指出該理論覺得民眾對於政治的冷漠使其容易受到煽動，也沒辦法深入了解政策議題，因此一般公民在民主過程的角色只是透過選舉來選擇領導人。文獻指出審議民主則是擁有直接民主的傾向，這點與菁英民主理論對代議制度的推崇，以及對公民參與的輕視相異。不同於民主菁英理論，審議民主強調公民是民主體制的參與主體，因此應該積極參與政策決定的過程。然而，必須多加留意的是：公民的「直接參與」，並不等於「所有公民的參與」。Elster的定義是將公民的「代表」也納入參與的主體，這是對於參與主體採取較為寬鬆的定義，也增進了實現直接民主的可行性。除了公民投票以外，在許多政策決定情境中，「所有受到決策所影響的公民」的直接參與，事實上並不可行；通常是一部分的公民參與了政策決定。值得深思的是，這一部分的公民代表，如何「代表」整體的公民？「代表」的意義為何？這也是強調公民積極參與的審議民主在實務和理論上所面臨的重大議題。

所以，我們先從 Gastil(77)的定義出發，來爬梳什麼性質的對話，構成審議民主理論所關注的「公共審議」。他指出「審議」是：

「牽涉到明智的判斷，批判的聆聽，以及審慎思辨的決定。正如 John Dewey 的著作所言，完整的審議包括仔細的檢視一個問題或議題，指出可以解決的方案，建立或確認評價的基準，以及使用這些基準來提出最佳的方案。雖然在特定的政策辯論或選舉的脈絡中，審議有時會從一組政策選擇方案出發，但總是會牽涉到問題分析，確定基準和評估。」

Gastil 的定義提到審議的幾個特質，一是「理性的公共運用」（public use of reason），要運理智判斷政策議題的檢視與決定；二是「對話與溝通」，強調「批判的聆聽」；第三，審議的目的是辨認問題，並運用評價基準發想最適合的解決方案。James Fishkin(53)對審議的定義，一樣強調理性的公共運用和對話，他認為參與者必須敞開心胸評價各方的論點，而不是堅持己見，同時也能夠回應別人的主張。除此之外，參與者必須具備充足的背景知識和資訊，才能了解各

種論點的說服力。與 Gastil 和 Fishkin 的定義相似，Chambers(65)也認為，審議的目的在於「產出合理的充分知情的意見」；但他同時也特別強調審議過程中「批評的自省」的層面，參與者願意從討論當中獲得新的資訊，以及知曉其他參與者所提出的主張，進而修正自己的偏好。

整理上述具有代表性的定義之後，我們對於公共審議可以有一個大致上的理解，亦即參與者透過說理和聆聽的溝通過程，在擁有充分資訊的情況下，使用明智的判斷，反省自己的主張，聆聽他人的觀點，審慎考量各種觀點，進而檢視參與者共同關心的議題，提出合理和適合的解決方案。審議的過程中，不管是支持或反對某個方案的論述，都必須解釋理由，而且是足以讓他人信服的理由。審議民主的參與者不但要論述理由為自己的主張辯護，重要的是，也要聆聽、回應他人的論點，並反省、重新評估自己的論證是否可行。

至於審議的終極目標，是否要產生共識，審議的過程，是否「只講公益，不講私利」，不同流派的審議民主有不一樣的主張。Young (81)和 Dryzek(47)認為，過分強調「共善」(common good)與「共識」，會使公共討論壓抑少數、非主流的利益和觀點。Chambers 指出雖然共識不一定是審議的終極目標，另一方面，參與者可以在審議的過程中追求他們的利益，但是參與者必須對結果的正當性保持足夠的關切，也就是說，參與者必須致力於尋求受到決定所影響的人都能接受的方案。各方都可以接受，並非大家都對於爭議的方案，在實質上達成共識，而是最終形成的方案，被視為合理的和公平的(reasonable and fair)。Young(81)提及合理與公平的概念，必然牽涉到我們對於集體政治社群的基本價值。「共善」的觀念，應該從共享的基本價值來理解，而不是尋求特定政策議題的實質內容。缺乏共善的觀念，不能引用「公平」、「正義」的觀念辯護特殊利益，就無法向其他公民解釋自我利益的追求是合理的。而缺乏以共善的理念尋求大家都能接受的方案，彼此說服的溝通和說理也難以持續。

上述的公共審議的特質，是一種理想的溝通情境，現實世界的公共討論，一定會與理想情境有些落差。縱使如此，我們還是要提出疑問，這種理想的溝通情境的價值為何？為何值得我們建構這種公共審議的模式？

一開始曾經提到審議民主是有關民主正當性的理論，主張將正當性的基礎建構「辯解義務」和討論之上。在多元化的現代社會裡，政策決定經常面臨「不相容價值」(incompatible values)的問題，存在利益與理念的衝突。在公共審議的過程中，參與者必須以可向公眾說明的方式提出自己的觀點，也基於相互尊重的立場上聆聽、理解他人的論點，藉此達到有論理根據的相互同意，讓不同的利益與價值偏好，都能夠得到平等的思量，進而提高政策的正當性。

Manin, Przeworski and Stokes(69)則是將民主視為尋找真實(search for truth)的過程，這個

過程對於達到較為「正確」的決定和提升決策品質有一定的幫助。如林國明和陳東升(5)所說：公共審議的過程，能夠提供更多的資訊，擴大參與者的眼界與知能，而減少或克服「局部理性」的認知限制，使參與者能在較為充分的資訊基礎上，理性地判斷政策的優劣，而提升決策的品質。

除此之外，許多審議民主的工作者和倡議者，紛紛提出參與公共審議的過程，可以對參與者產生轉化作用，提高公民們對政策議題的理解程度，促進公民關心公共事務與公共利益，不失為一種正向的公民教育。這些因為公共審議而轉化、養成的公民素養與德行，正是一個蓬勃發展、運作良好的民主政體所具備的要件。

第二節 具備審議特質之公民參與模式

如果公民或是公民代表的民主參與方式，是經由知情的討論和相互理解的說理形成集體共同的意見，這樣的參與模式，就是「審議式的公民參與」。在這個章節，我們將會一一說明哪些公民參與模式具有審議的特質，以及這些具備審議特質的公民參與模式之間的差異為何。

公民參與的模式琳瑯滿目，Rowe and Frewer (73) 回顧了 30 篇討論公民參與的論文，這些文獻總共列舉了將近一百種公民參與的模式（或名稱）！在這麼多的公民參與模式之中，較常被提及的模式包括：公民共識會議（citizen's panel or consensus conference，九篇）²、公民陪審團（citizens' jury，七篇）、公民諮詢委員會（citizen advisory committee，共六篇討論到）、協商規則制訂（negotiated rulemaking，四篇）、公聽會（public hearing，三篇）、公民投票（referendum，四篇）、焦點團體（focus group，三篇）、民意調查（survey，6 篇）和工作坊（workshop, 5 篇）³。

然而，許多公民參與模式其實並不具備審議的特性。依據我們之前對於公共審議的討論，可以梳理出來一個結論，審議式的公民參與模式至少必須同時具備三個要素：（1）知情討論：在參與者正式參加之前必須提供充分的資訊，讓參與者熟悉各種論點，以及能夠明智地判斷各種論點；（2）相互瞭解的溝通：參與者之間必須能夠進行對話，互相說理；（3）形成結論：使用書面陳述共識與差異、表決記錄或意見調查的方式，形成參與者對解決方案的集體意見。

² 英文文獻上部分使用 citizens' panel，有些使用 consensus conference 來指涉同一種公民參與模式；中文則是翻譯成「公民會議」，或是「共識會議」和「公民共識會議」。為維持一致性，在這裡我們一律使用「公民共識會議」來表示 citizens' panel 和 consensus conference。

³ Rowe and Frewer (2005) 回顧的文獻所提到的「工作坊」，其操作模式接近於「願景工作坊」(scenario workshop)。

運用這三個標準進行篩選，不難發現許多公民參與模式都被排除於「審議式公民參與模式」之外。例如：公民投票雖然可以得知民眾對政策方案的集體意見，但受訪者並沒有接收到充足資訊，彼此之間也缺乏討論、說服的環節；民意調查也有類似的問題。民意調查清楚地顯示民眾的集體選擇，但投票的過程不一定提供充分的資訊和公民對話的機會。公聽會則是各方代表「各自表述」，各自陳述自己的觀點和理念，參與者（公民個人或公民團體代表）之間並沒有進行知情的討論與說理，也不需要產生結論。焦點團體座談可以讓公民之間進行對話，但不必產生結論。

公民共識會議、公民陪審團和願景工作坊這三種公民參與模式則符合我們定義的審議特質。除了這三種模式之外，Gastil and Levine(59)提及文獻中經常提到的審議式民調（deliberative polls）、學習圈（study circle）和開放空間（open space）等，這些都是具備審議特質的公民參與模式。其中，學習圈和開放空間比較常用來討論社區型議題。由於本計畫所探討的是全國性的健保議題，因此我們將討論的主軸放在審議式民調、公民陪審團、公民共識會議和願景工作坊這四種參與模式，比較這些公民參與模式的差異，最後為本計畫選擇一個最為適切的公民參與模式。

第三節 審議式公民參與模式的特性和差異

審議式公民參與的模式非常多元，政府機關如果要採用公民參與模式的話，又該依據怎樣的標準選擇適當的參與模式？在評估和考量參與模式的適當性之前，必須先對於各種審議式公民參與模式的特性和差異有初步的了解。

一、不同參與模式的特質

根據前面眾多文獻及資料，審議式公民參與的定義為：公民或公民代表經過充分知情的討論而共同形成合理的意見，這些意見提供給行政部門作為決策參考。Rowe and Frewer(73)和Abelson et.al.(42)認為召募什麼樣的公民，經由哪種程序參與，在參與過程中獲取多少資訊，最後以何種方式形成意見，這幾個部分都是實行審議式公民參與的關鍵要素，因此，不同的參與模式，在參與者的類型、資訊的取得、程序規則和意見產出這幾個面向也有所不同。以下將針對這些差異的層面進一步分項說明。

(一) 參與者的人口特質與特性：包括參與的主體為何、主動報名的可能性、參加人數多寡、參與主體的代表性等。在參與主體的層面，有些公民參與模式的參與主體是一般人民；其他參與模式，像是願景工作坊，參與主體包含普通民眾，以及利益團體、專家和政府官員。

在主動參與層面，公民共識會議的部分，一般民眾可以主動報名，經過抽選後參與；而審議式民調，參與者則是被動受邀參加。在參與者人數上，不同的模式，參與者的規模從十幾人到上千人不等，差異較大。最後，代表性的層面，審議式民調因為是透過隨機樣本的抽樣，再加上參與人數較多，人口的背景的代表性是比較高；有些參與模式，由於參與者的組成特質與全國人口的特質差異太大，導致其代表性受到質疑。

- (二) 資訊的豐富程度：不同參與模式下，參與者的參與時間長度也有所不同，有的長達七天，例如：公民共識會議，有的可以在一天內完成，例如：願景工作坊。參與時間越長，也意味著參與者有較多機會可以藉由討論、互相說理與閱讀資料進而取得比較豐富的資訊。此外，不同參與模式所提供的資訊豐富程度還須要考量以下的幾個因素：是否準備可閱讀資料(會議手冊)，是否安排專家授課介紹議題背景，有無直接和政府官員、專家學者及團體代表進行對話的機會，並對於其論點提出質疑。
- (三) 程序規則的設定：不同的參與模式在程序規則上最大的差異在與參與者是否擁有設定議題的主動權。例如：公民陪審團只能從主辦單位所提供的主題當中進行討論，至於審議式民調也只能從已被設定的選項中表達自己的意見。然而，公民共識會議可以讓參與者自行制訂討論議題，讓參與者自己發掘問題所在，並尋求適當的解決方案。而程序規則的另一個差異在於程序的彈性，所有的審議民主公民參與模式，幾乎都有一套固定的操作程序，確保每個環節所要進行的工作沒有問題。但不同的審議模式，對於操作步驟的規定，明確程度不一，規則變更的彈性也不一樣。程序彈性可以經由會議天數的變異程度略知一二。例如：願景工作坊的標準操作程序是兩天的會議，但是實際上各國辦理的願景工作坊，會議天數從一到三天不等，顯示操作程序具備很大的彈性。相較之下，各國辦理的公民共識會議，正式會議的天數皆是三天，顯示程序的彈性極小，較無變異的可能性。
- (四) 意見產出的形式：不同的參與模式在意見產出方面有幾個重大差異，首先，需不需要形成書面結論？產生的形式是製作成政策建議，還是以意見調查的方式呈現態度分布？還有是否需達成共識，或是同時呈現不同意見？

上述參與模式在參與者的人口特質與特性、資訊的豐富程度、程序規則的設定和意見產出的形式等四個層面的差異，促使不同的參與模式適用於不同性質的政策議題。因此，在選擇適當的公民參與模式的時候，除了考量參與模式的特性之外，評估議題的特性也是非常重要的。

二、議題的特質

公民審議的成本較高，包羅萬象的議題都要進行公民審議是不可能的，必須在眾多議題當中有所取捨。適合使用公共審議的議題，具備幾種特質：一、明顯地被社會大眾所關注；二、造成利益、規範與認知層面的衝突。三、牽涉一定程度的技術性知識，民眾難以在短時間內理解，需要公眾「開明的瞭解」。但同時具備這些特質的議題，在下列幾個層面，仍可能存在著歧異，這些層面分別是議題的發展階段、議題範圍、技術複雜性、基本價值爭議。

首先，議題的發展階段，可以使用「是否形成明確的政策選項」當作議題發展階段的分期基準。議題發展階段分為三種，描繪願景和行動策略的議題屬於長期政策規劃；有些議題的問題已經浮現，但解決方案處於尚不明朗的發展初期；有的議題已經發展到後期，政策選擇已經有特定的明確方案。

其次，從範圍這個面向來看，有的議題比較一般、寬廣，有些是特定且明確的議題。例如：「如何達成水資源供需的平衡」則是比較一般性的議題，「是否提高水價」，是個特定明確的議題；前者的議題範圍包含後者的議題，亦即提高水價是控制需求的手段之一。議題的範圍時常與議題的發展階段有關，如果在議題發展的後期，政策選項也會隨之較為明確，因此討論的範圍也會比較特定和集中。

接著就技術複雜性而言，需要運用審議民主的議題，通常都具備一定程度的技術性知識，所以才希望藉由審議的途徑讓民眾瞭解，但是，不同的議題的技術性知識，其複雜程度是有高低之分的，特別是這些議題牽涉到一般民眾的生活當中較少接觸的領域，例如，核基因治療是否具有風險對於普通民眾來說，這個議題所需要的技術知識，比評估是否應該提高保費來解決健保財務危機更加複雜。

最後，基本價值的衝突這個面向。需要透過審議民主討論的議題，時常存在著價值的衝突，但衝突也有分成不同類型，有些衝突著重在利益分配或是認知面向；而有些價值上的衝突，這可能涉及到社群集體存在的基礎或生活方式的不同。例如：「是否繼續維持健保制度」，比起「要不要調漲保費」的議題，更強烈觸碰了社會基本價值；「是否調整水價」是有關利益分配與認知層次的議題，可是「如何達到水資源供需的平衡」，因為解決方案或許包含為了增加供水而興建水庫，所以和生態價值有關。

三、議題的特質與參與模式特性的適合程度

不同性質的議題，適合的公民參與模式也不同。接著讓我們以發展階段、範圍、技術複雜

性、基本價值爭議等議題的特質和各種公民參與模式特性的適合程度進行說明。我們將探討議題特質與參與模式在參與主體、資訊取得、程序規則和意見形成四個不同面向之間關聯。值得注意的是，每個議題特質（發展階段、範圍、技術複雜性和基本價值衝突），並沒有和參與模式的每個差異面向（參與者特質、取得資訊、程序規則和意見產出）都有相關。這裡僅討論有所相關的部分。其相關性如表 3-1。

表 3-1 政策議題特質與參與模式差異之關聯

參與模式差異		議題特質				
		議題發展階段			範圍廣或具 技術複雜性	涉及基本價值 衝突
		長期 規劃	初期	後期		
參與者特質	主動參與	✓	✓			
	包含公民、規劃 者與團體代表	✓				
	人口代表性			✓		
取得資訊	參與時間長		✓		✓	✓
	提供閱讀資料	✓	✓		✓	✓
	專家介紹議題	✓	✓		✓	✓
	與政府、團體代 表及專家對話	✓	✓		✓	✓
程序規則	議題設定	✓	✓			
意見產出	書面結論	✓	✓			✓
	意見調查			✓		
	形成共識	✓	✓			✓

在長期政策規劃或議題發展初期階段，因為政策的選項尚不明朗，所以需要提供參與者豐富的資訊，具有設定議程的主動權也是需要的，如此才可以指出問題並且尋求解決方案。意見的產出也比較為適合以書面形式呈現，共同提出共識性的政策建議。此外，在長期規劃和議題

形成初期，特別需要多元異質的觀點，因此挑選參與者的時候，必須讓來自各方的民眾具有主動報名參加的機會，讓公民可以積極發聲。值得一提的是，從事長期規劃時，特別應該讓政策規劃者（舉凡政府代表、學者專家）和公民及社會團體代表坐下來共同討論。至於議題發展的後期階段，因為政策選項已經形成，規劃政策的行政部門想探知的可能偏向於社會大眾對不同選項的支持程度，因此在參與者的特性層面，代表性就是舉足輕重的一環；在意見產出方面，則是適合採用民意調查的方式呈現整體的意見分布，不必強迫參與者形成共識。

議題範圍以及技術複雜度，這兩個層面則是與資訊取得的面向特別相關。議題的範圍較為一般、廣泛，以及牽涉到更多其他議題的話，更需要讓參與者有充足的時間來討論，同時也需要透過閱讀資料和專家對談雙管齊下，提供較為充分的資訊。

涉及基本價值爭議的議題，同樣也需要更多的參與時間和資訊進行討論，與此同時，為了避免立場偏頗，也需要有不同立場的政府官員、專家和社會團體代表向參與者論述自己的觀點。審議式公民參與模式如果牽涉到基本價值爭議的議題，我們通常會期待參與過程當中能夠轉化參與者原有的價值觀，以尋求彼此能夠接受的方案，或至少能夠理解彼此的想法。充足的參與時間，豐富的資訊和多元的觀點，促使參與者更可能反省自己的價值。另外，關於基本價值爭議的公共審議，更應該運用書面方式形成共識，並且向參與者一一確認解決方案的內容。為了達成共識，可以促使參與者釐清基本價值，共同找到可以為眾人所接受的方案。

接下來，我們將要分析審議式民調、公民陪審團、公民共識會議和願景工作坊，這四種經常被各國運用的審議式公民參與模式的國內外操作經驗，從這些經驗中，再進一步比較四種模式的各種差異，並分析這些公民參與模式適合用於哪些類型的議題。

第四節 介紹不同種類之審議式公民參與模式

一、審議式民調

(一) 發展背景

1988年費什金（James Fishkin）創造了審議式民調（Deliberative Polling）這個概念，緊接著於90年代大量實作這個類型的民意調查。美國公民得知公共政策相關訊息的管道很少，所以傳統的民意調查僅能呈現公民對於公共政策的表面態度（Fishkin）。因此，政策制定者（行政官員或國會議員）或是公民，其實都無法了解彼此的理性意見。在當時的社會脈絡之下，費什金於是建立審議式民調概念，藉由獨特的操作方法，來解決這些問題。

審議式民調這個審議民主公民參與模式結合了審議民主與一般民調具備的優點。審議民主

著重審議精神，就是一群知情的公民針對某個與自身相關的議題進行理性的討論；而民意調查強調使用嚴格的抽樣方式抽選出具有代表性的參與者，並針對特定議題詢問他們的意見。將這兩者結合在一起，也就意味著一群具有代表性且知情的公民針對特定議題進行理性討論，並在討論後詢問他們對同一議題的意見。黃東益(21)認為這可以有效避免傳統民意調查的缺點。傳統民意調查的優點是高度代表性以及公民參與，但因為它並不要求公民事先了解相關議題，再表達自己的意見並針對這些議題進行理性討論，因此公民處於理性無知的狀態，即使表達自己的態度，也是一種 Converse 所謂的無態度。這一點展現出傳統民調生產出來的表面民意與審議式民調生產出來的民意之間的不同。林國明和黃東益(6)認為審議式民調最大的優點就在於不只是高代表性的，同時也是更具有深度的。因為此種民調在詢問民眾意見之前，便會先讓民眾了解相關議題的背景知識，並將這些已知情的民眾聚集在一起，透過公開和理性的方式審議這些議題。黃東益(21)指出經由此方法所得出的集體意見與在理性無知下得出的集體意見明顯不同。此外，審議式民調與公民陪審團、計畫圈也有相同之處，為了確保執行的品質，費什金也將 Deliberative Polling 註冊商標，而經由這個商標所獲得的收入也被費什金經營的審議民主中心 (Center for Deliberative Democracy) 用於研究的進行 (Fishkin)。

審議民主中心的前身為審議式民調中心 (Center for Deliberative Polling)，⁴是 1996 年費什金在德州大學奧斯汀分校所成立。該中心致力於實踐審議式民調，並分析由此種方式調查出來的民意。2003 年 9 月該中心遷址至史丹佛大學，並更名為審議民主中心。更名後的機構也同樣致力於實踐審議式民調並分析相關民意。時至今日，審議式民調已經在全世界舉辦超過 22 次。除了美國之外，英國也舉辦了 5 次全國型的審議式民調，澳洲舉辦了 2 次，而中國、義大利、丹麥、北愛爾蘭、希臘也都分別舉辦 1 次。⁵根據林國明、黃東益(6)所爬梳的資料，保加利亞也曾經舉辦過審議式民調。很明顯地，審議式民調的舉辦次數與公民陪審團與願景工作坊相差甚遠。也許是因為審議式民調的所需人力與資金非常龐大的緣故，粗估金額就高達 500 萬到 1000 萬元。

(二) 操作流程

接下來將針對審議式民調的一般執行情序進行介紹。⁶舉行審議式民調之前，會先成立一個執行委員會，執委會的成員通常由民調機構、媒體以及費什金所領導的審議民主中心所組成。

⁴ 以下對審議式民調歷史的介紹乃摘自 Fishkin。

⁵ 統計自審議民主中心網站：<http://cdd.stanford.edu/>。

⁶ 底下的介紹主要參考黃東益 (2003) 和 Ruskin and Fishkin (2005)。

成員分別負責不同的事務：民調機構負責設計問卷、前測以及參與者抽選，媒體負責審議活動的宣傳與播送，審議民主中心負責審議活動流程的設計。在進行審議之前，大部分由民調機構進行前測，主要是按照分層抽樣的方式抽選具代表性的全國樣本，並針對這些樣本進行電訪或面訪，以得知他們對問卷各項題目的態度和想法。與此同時，訪員也會徵詢他們參與審議式民調的意願。

完成問卷調查後一至兩個月內，主辦單位便會邀請有意願參與後續活動的受訪者參與共同審議。一般來說，參與者的人數落在 200 至 500 人左右，時間安排上則是會挑選星期五晚上至星期日中午。參與者將會事先取得主辦單位撰寫的可閱讀資料，內容包含與本次議題有關的背景知識、各種不同立場的敘述。他們在審議進行前閱讀這些背景資料，以成為知情的公民，才能讓後續的討論順利進行。審議進行前，主辦單位會介紹這次活動的主題和任務，並播放與議題相關的影片。在審議的過程中，參與者先被隨機分派到各個小組中，並且和組內成員互相討論該次審議已經設定的議題。每個小組都有一位訓練有素的桌長(主持人)協助組員討論。小組會議結束後，全體參與者接著針對小組會議所提出的疑問，諮詢相關專家學者和與談人。整個審議活動會由媒體現場轉播或製播成數小時的影片，於稍後播送至全國。審議結束後，主辦單位會邀請參與者再填寫一份與前測相同的後測問卷。與此同時，曾經接受過前測，但後來沒有實際參與審議活動的受訪者也會再次回答與前測相同的問卷。此外，主辦單位也會隨機抽出一組獨立的全國性樣本，這組樣本中的民眾沒填寫過前測問卷，也沒有參與審議活動，但他們在參與者結束審議時，同樣也會接受問卷調查，這份問卷和前後測問卷完全相同。這兩組沒有進行審議的樣本是主辦單位特意安排的準控制組，以便能夠與進行審議的樣本（準實驗組）互相比較，加以確認和觀察參與者的意見是否有顯著變化以及變化的趨勢，以及造成這些變化的緣由是審議活動，而不是其他外部因素的干擾。這些樣本僅是近似，而非真正的實驗組與控制組，主要是因為受訪者並非被隨機分組至實驗組與控制組，而且抽選出來的樣本數和真正參與或接受訪問的人數也有一定的差異，也因此審議式民調屬於一種準實驗設計。

二、公民陪審團

(一) 發展背景

公民陪審團 (Citizens' Jury) 是由政治學者克羅斯比 (Ned Crosby) 在 1974 年所創的公民參與模式。當時美國政治存在許多問題，較為嚴重的問題包含：政府決策過程的腐化、政黨操弄、選舉功能失效 (The Scottish Office)。在這個社會脈絡下，1974 年克羅斯比在明尼蘇達州成立傑弗遜中心 (Jefferson Center)，執行和推動公民陪審團，促進公民主動介入政府決策的過程，希望藉此解決美國民主根深蒂固的問題。傑弗遜中心(78)是一個無黨派、非營利的獨立機構，其終極的目標是創造與維護高品質的公民陪審團，因此，它將“Citizens' Jury”一詞註冊為商標，在美國境內所施行的公民陪審團皆須經過許可方能執行。

自 1974 年到 2002 年為止，傑弗遜中心總共主辦或協辦了 30 場公民陪審團。⁷其中 1984 年所舉辦的場次首次獲得政府贊助，1990 年舉辦的那場與 League of Women Voters of Minnesota 合辦，以州長選舉為議題的公民陪審團得到極大迴響，從此之後傑弗遜中心獲得大量的媒體曝光率，這場公民陪審團也啟發了當年近半的平面媒體針對州長選舉所刊出的報導或評論。1992 年雙機構再度合作舉辦以參議員選舉為主題的公民陪審團，這一次更獲得了空前的成功，就連華盛頓郵報的社論也讚不絕口。

令人難以預料的是，這些以各樣選舉為題的公民陪審團卻為傑弗遜中心招惹了麻煩。1993 年國稅局通知傑弗遜中心將被取消所得稅的可扣除額身份，並且因舉辦以選舉為主題的活動而被處以罰鍰。經過三年的協調與妥協，國稅局最終同意不針對傑弗遜中心採取行動，條件是傑弗遜中心不得再舉行任何與選舉有關的活動。

傑弗遜中心於是漸漸和原有的目標漸行漸遠，它雖然投入了許多行銷和廣告，但沒有獲得預期的效果。2002 年傑弗遜中心結束營運，並且解雇職員，委員會最終只保留三名成員。但這並不意味著傑弗遜中心走進了歷史，傑弗遜中心現在開始轉型，改以協助者的角色出現在世人面前，提供想要辦理公民陪審團的團體或是機構許多非常有幫助的經驗與資訊。

(二) 操作流程

傑弗遜中心(78)舉辦的公民陪審團設有類似的程序。在公民陪審團正式進行的前四個月，工作團隊會設立諮詢委員會 (Advisory Committee)，諮詢委員會由對於討論議題熟悉、但立場不一的專家學者所構成，他們扮演著監督者的角色，提供傑弗遜中心關於議題、議程、證人選

⁷ 以下歷史摘自 Jefferson Center: History。

擇的建議，以及確保整個公民陪審團計畫執行時的公平與完整。在公民陪審團進行的前兩個月，就會確認議題、議程、證人。

證人通常是由相關議題的專家、中立人士、利害關係人，各種不同觀點和立場的人組成。值得注意的是，不同身分的證人可以做的事情也不同，利害關係人和各種觀點不同的人提供關於這個議題各式各樣的觀點，至於中立人士則可以向陪審員介紹整個議題的概況。這些證人最主要的功能是讓陪審員成為知情的公民（informed citizens），以利後續進行更加深入的審議討論。

在證人、議題、議程皆確定之後，傑弗遜中心的工作團隊便會以隨機抽樣進行電訪，藉此獲得受訪者對於此議題的態度和人口特質。接著工作團隊整理那些有意願參與的受訪者的資料，按照五個人口變項和一個對此議題的態度變項進行分層抽樣，抽取的人數為 18 至 24 位。這些作為挑選標準的人口變項通常是年齡、性別、教育程度、種族、居住地，但依照不同的陪審團計畫，這些人口變項是可以變動的，態度變項同樣也可以進行調整。分層隨機抽樣的目的除了確保陪審團的成員具有代表性，除此之外，藉由分層方式，則是可以彌補小樣本代表性不足的先天缺陷。⁸ 以上述方式抽選的陪審員因此被傑弗遜中心認為是當地社群的縮影（microcosm）。這些過程大約在公民陪審團進行的前一個月完成。

根據傑弗遜中心(78)的資料顯示，所有的預備事務準備完畢後，公民陪審團就能正式進行。陪審團通常持續五天。⁹ 第一天，陪審員會先自我介紹以熟悉彼此，營造融洽的參與氣氛，同時也了解陪審團整體的進程序，並了解議題的基礎知識。接下來幾天的時間，陪審員們開始聽取各方證人的證詞，知曉他們的想法和觀點，並針對這些觀點提出疑問，證人則是需要回答陪審員的問題。這段期間會納入陪審員內部的分組審議與全體審議，以及證人的分組討論。在這些聽證會、審議會中，主持人擔任很重要的角色，主持人負責提醒陪審員目前正在做的事，以及引導他們進行理性且相互尊重的說理和討論，並協調陪審員達成清楚的結論與建議。第四天下午，全體陪審員會進行最後的審議。第五天上午，陪審員完成初步的成果報告，下午則由陪審員的代表向政府官員、媒體、贊助單位、有興趣的民眾報告公民陪審團所得的結論與建議。

陪審團的最終報告將在會後的三個星期內完成，這個報告將提供許多資料，包含陪審過程所得的結論與建議，還有會後陪審員對陪審團的評估、陪審員人口特徵、抽樣過程、證人名

⁸ 另外，此種選擇陪審員的方式仍然受到一些批評，我們將在底下適當的地方加以討論。

⁹ 底下介紹的議程只是精簡的摘要，欲知詳細的議程，請見 Jefferson Center (2004) 頁 91-102。

單……等等。有時候陪審員會在陪審團進行的前中後進行訪談或是問卷調查，以確認他們的意見是否發生變化以及變化的程度。

公民陪審團在德國有一個十分類似的版本，稱作計畫圈（Planning Cell）。計畫圈是由德國社會學家 Peter C. Dienel 於 1972 年所創立，並交由 Research Institute for Citizen Participation in University of Wuppertal 執行，近年來則是改由 Citizen Consult Institute 執行（Clayson）。¹⁰

三、公民共識會議

（一）發展背景

公民共識會議（Citizen Conference），或是稱為共識會議（Consensus Conference），是 1980 年代中期丹麥的技術委員會（Teknologinævnet）所發展的一種公民參與模式。Andersen and Jæger(43)提到技術委員會於 1986 年成立，後來轉型成為隸屬國會的科技評估單位：科技委員會（Teknologirådet）。科技委員會的主要功能是不受外人干擾、獨立地評估科技政策對公民與社會的影響，還有促成國會、政策決策者與民眾之間進行科技議題的公共辯論。丹麥政府設立科技委員會的緣由與社會脈絡息息相關。首先，源自於丹麥強烈的「參與式民主」傳統，丹麥公民已經習慣參與各項議題的討論與決策，而法律也明文規定地方政府制定政策之前，必須將草案送交公聽會進行討論。其次，代議制民主產生危機，地方分權以及歐盟的決策使丹麥國會日益失去權力。丹麥的國會議員都是從政黨裡面挑選，然而丹麥人民越來越少參與政黨，因此國會的正當性遭受質疑。第三，1960 年代以來，丹麥的社會運動越來越常見，社會運動成為人民評論科技政策或計畫的管道。第四，隨著科技技術的革新，科技進入人類生活的各個領域，對人類產生越來越大的影響。在這四種社會脈絡下，丹麥政府成立科技委員會，推動公民、決策官員與學者專家之間的對話平台，增進公民對科技政策的理解與影響，制定出更貼合公民需求的政策。也因此科技委員會執行了許多創新的公民參與方法，例如公民共識會議、願景工作坊、觀點工作坊（Perspective Workshop）、未來小組（Future Panel）...等。¹¹在這個章節我們僅針對公民共識會議進行介紹。

公民共識會議的特性與其他公民參與模式一樣，都是試圖讓不具專業知識的一般公民，轉變為知情公民，進而得以公開說理、理性討論。這可以使現今的民主政治擺脫專家統治模

¹⁰ 我們稍後將討論計畫圈與公民陪審團的差異。

¹¹ 對這些公民參與方法的介紹，請見丹麥科技委員會網頁：
<http://www.tekno.dk/subpage.php3?survey=16&language=uk>

式。專家統治模式的最大的缺點就在於政策制定的過程只容納專家意見，卻排除了受此政策影響最大的公民。因此，公民共識會議以及其他公民參與模式正是為了這種情況應運而生的，接下來將大概介紹公民共識會議在丹麥實行的一系列流程。

(二) 操作流程

第一步，主辦單位選擇一個目前社會大眾有興趣、界定明確、需要專家知識、涉及衝突與未獲解決的議題作為公民共識會議的主題。然後主辦單位邀請各方不同立場的人士組成執行委員會，執委會所負責的工作項目為準備公民共識會議的可閱讀資料、抽選參與者、設定會議議程還有監督整個會議的流程進行。挑選公民時，執委會會先在全國人口隨機抽選出約 2000 位的公民，詢問他們的參與意願，接著再從有意願者當中抽出 14-16 位民眾組成公民小組。接著，主辦單位會寄發議題的可閱讀資料給公民代表，讓這些參與者對於討論議題有基本的認識和了解。在參加正式會議之前，公民小組會參加兩次的預備會議，預備會議通常會選在週末舉辦。在這兩次預備會議中，公民小組的任務是熟悉議題與公民共識會議的活動流程，除此之外，也必須制定出在公民共識會議中要提出的問題，以及決定哪些專家可以回覆這些問題。主辦單位彙整完問題之後，再通知專家學者們應該回覆的問題，讓他們可以於會前準備口頭和書面報告。

正式的公民共識會議通常耗時四天。第一天，由專家學者針對公民代表所提出的問題進行口頭報告，並且回答公民代表當下提出的新問題。第二天，公民小組交叉詢問專家，並且要求專家們闡述自己的立場和觀點。第二天下午，在主持人的協助下，公民小組會針對這些專家意見進行審議，互相說理以達成共識。這個部分會一直持續到第三天，最後公民小組將討論出來的共識書寫成最終的報告。第四天，公民小組對外發表最終報告，媒體、專家、政府官員、社會團體、一般公民皆可到場，而專家可以在這個時候修正報告的事實性錯誤。此外，參與發表會的人士也可以針對這篇報告諮詢公民小組。會議結束後，主辦單位會進行後續的收尾作業，將公民小組提出的問題、專家的書面回應以及最終報告整理彙集成一整本書面報告，寄給所有的公民代表以及相關政策的決策者。

四、願景工作坊

(一) 發展背景

20 世紀 90 年代初期，丹麥科技委員會 (Teknologirådet) 發展出名為願景工作坊 (Scenario Workshop) 的新興公民參與模式。Andersen and Jæger(43)提到願景工作坊主要處理的議題是地方所遇到的具體技術問題。針對這些議題，願景工作坊提供一系列願景與行動計畫。接下來將

簡單介紹丹麥如何執行願景工作坊，以及相關的標準程序。

Andersen and Jæger(43)也說明丹麥國會掌管的科技委員會提出的願景工作坊是由未來工作坊（Future Workshop）轉變而成。和共識會議與公民陪審團不一樣的是，願景工作坊經常是從一個人民共同意識到的問題作為發想，並試圖找到解決之道。這樣的出發點也產生一套不同於其他公民參與模式的流程。在舉行願景工作坊之前，主辦單位會先撰寫四套劇本，再交由參與者事先閱讀。這些劇本的重點在於當地社群在此議題所涉及到的技術問題層面的未來發展，也就是說，在某一個預設的未來年代，這些技術問題的解決方法。需要強調的是，這些劇本內容不是對未來的實際預測，它們的作用只是用來啟發參與者的想法、評論、理性討論，進而發展出一套參與者新的共同願景與行動方案。亦即參與者不必在這四套劇本當中進行選擇，他們完全可以發展出另一套截然不同的、屬於自己的劇本、願景。此外，為了增進參與者彼此之間的知情討論，主辦單位也會將可閱讀資料連同劇本一起交由參與者事前閱讀。

願景工作坊和公民陪審團的潛在邀請對象是所有的當地公民，不同的是，願景工作坊也將當地政治人物、政府官員、技術專家、商界人士、利益團體等列為受邀參與的對象。¹²這些潛在的參與對象在公民陪審團中無法擔任陪審員，只能以證人的身份提供證詞，並回覆陪審員的問題。¹³也就是說，他們無法進行實質審議。但是願景工作坊打破這樣的規則，使這些人能夠聚集在一起，以理性的原則相互溝通與討論。其次，願景工作坊的參與者（25至30人）是藉由社會網絡或專業網絡邀請而來，這一點和共識會議與公民陪審團有很大的區別。後兩者採取半隨機抽樣法選擇適切的參與者，而願景工作坊（至少在丹麥）則是利用非隨機的邀請法選擇參與者。

（二）操作流程

林國明、黃東益(6)對於願景工作坊的操作流程進行了詳細的說明，通常願景工作坊的流程會持續兩天，總共由評論分析、願景建立、行動計畫，這三個階段所組成。這些階段和分組會議、全體會議交叉進行。第一天的議程，在評論分析的環節，參與者會按照自己原本的社會角色，被分配至由同一角色構成的角色小組。他們在各自的組別中，根據自己過去的經驗，以及從可閱讀資料所學的知識，加以評論主辦單位提供的劇本。這些評論不拘好壞，可以是正面肯定，也可以是負面批評。參與者同時運用這些評論，與同一小組的其他成員相互討論，建構出

¹² 請見 Workshop Methods，底下的介紹將以此為本。

¹³ 證人間的相互質問當然也包含在內，但是這始終無法成為「陪審員間」的審議。例如 League of Women Voters of Washington 在 2001 年舉辦的公民陪審團就是如此。

初步的願景。接著，參與者將這些初步願景分享給全體會議，進行簡單的報告與討論，最後再建立全體參與者的共同願景。第二天的流程和第一天略有不同，參與者再度被分到不同的組別中，不過這次是按照主題加以分類。也就是說，每一個主題小組都容納了不同社會角色的參與者。同一小組的參與者依據主題，提出共同願景可能遇到的困難與阻礙，以及可行的解決之道（行動計畫）。接下來在全體會議中，參與者針對這些行動計畫進行報告與討論，再來就是透過投票決定它們的優先順序。最後，主辦單位召開記者會，將這次願景工作坊最終決定的優先行動計畫公告周知，讓公眾與政府相關單位知道。

五、混和模式

除了上述四種審議民主公民參與模式之外，近年來更發展出混和模式。林祐聖、葉欣怡(10)指出混和模式是運用審議模式編輯（editing of deliberation modes）的概念，藉由審議模式的拆解和組合，兼顧公民審議的質與量這兩個原本僅能擇一的面向，使得魚與熊掌可以兼得。第一個使用混和模式的計畫是 106 年的「中高齡與高齡人口就業議題公民審議」，這個計畫結合了公民審議會和參與式預算兩種模式，並分為兩階段實施。第一階段的區議會參考的是參與式預算的形式，以量取勝；第二階段的代表會議則是參酌公民審議會的模式，以提升討論的品質。以結果來看，兩階段式的公民參與模式，只要運用有效的方式將兩階段連結起來，避免脫鉤而產生的討論斷層，便可以兼顧兩種審議式公民參與模式的優點，產生質量並重的效益。

以上四種審議民主公民參與模式各有利弊，並沒有優劣之分，甚至混和模式的出現，讓公民參與模式產生了更多發展空間的可能性。以下將進行不同公民參與模式的比較，並且分析如何透過不同面向評估、選擇最為適切的模式。

第五節 審議式公民參與模式之比較

前面我們分別對於公民共識會議、公民陪審團、願景工作坊和審議式民調的基本原理和操作程序進行了精簡的介紹。從中得以發現不同的審議民主公民參與模式存在著不同的適用範圍、特性與限制。接下來，我們將從模式特性的差異、審議式公民參與模式和議題特性的關聯兩大面向說明，這四種審議民主公民參與模式的各種差異。

一、模式特性的差異

模式特性的差異主要是從操作程序進行歸納比較，我們整理出四種面向的差異，分別是參與者類型、取得資訊之多寡、程序規則的設定和意見產出之形式。

- (一) 類型：在參與者類型上，公民共識會議、公民陪審團和審議式民調的參與者都是一般民眾；僅有願景工作坊的參與者容納一般民眾，還有利益團體、專家和政府官員。在參與者是否可以主動參與方面，公民共識會議和願景工作坊（民眾部分）可以主動報名，再經由主辦單位經選取後參加；然而審議式民調和公民陪審團的參與者不能主動報名，只能等主辦單位邀請參加。至於參與者人數這方面，審議式民調的參與人數最多，最多可達 1000 人，普遍來說是 150 人至 200 人；願景工作坊的參與人數介於 20 人至 60 人，一般的情形是 20 人至 30 人；公民共識會議和公民陪審團的參與人數差異不大，大概是介與 10 人至 20 人之間。最後，參與者的代表性這方面，公民共識會議選擇參與者時，並沒有非常嚴格地採取隨機樣本，但是有考慮背景的異質性進行分層隨機抽樣，因此稍具人口背景的代表性。經由隨機樣本抽樣的公民參與模式有公民陪審團和審議式民調，所以人口特質的代表性較高，至於審議式民調因參與人數更多，因而代表性也就更高。最後，願景工作坊因為包含利益團體、專家和政府官員的代表，所以具有不同立場的代表性。
- (二) 取得資訊之多寡：願景工作坊和審議式民調的會議時間較短，討論機會較為缺乏；公民共識會議和公民陪審團兩者召開的時間較長，皆包含高度討論機會和時間。而提供參與者的可閱讀資料豐富程度來說，公民共識會議與公民陪審團因討論時間長，可以提供參與者更為深入的意見，特別是公民共識會議還可以透過專家授課，使參與者對於政策意見的有更深入的理解。相比之下，願景工作坊和審議式民調提供的資訊較少。審議式民調由於會議時間短，僅有主辦單位所準備的簡單轉譯資料和專家回答問題，因此參與者獲得的資訊相對較少，此外，願景工作坊獲得資料的方式主要是經由參與者的討論而來，較缺乏主辦單位所提供的資訊。然而，與專家/政府官員對話及質疑論點的時間和機會上，願景工作坊是最高的，因為願景工作坊邀請專家、政府官員與民眾共同討論政策的願景與問題；其次則是公民共識會議和公民陪審團；審議式民調敬陪末座。
- (三) 程序規則的設定：參與者是否擁有設定議程的主控權這個部分，公民共識會議可以經由參與者自行設定討論議題；願景工作坊是由參與者隨心所欲建構願景，並根據願景制定相關的行動方案，因此公民共識會議和願景工作坊擁有較高的議題設定的可能性；公民陪審團的討論主題是由主辦單位制定，然而參與者在既有的主題下仍可設定自己想要討論的議題，因此參與者擁有中度的設定議題主控權；審議式民調的參與者對於議題設定的主控權相較而言是最低的，因為題目和選項都是固定的，參與者僅能藉由這些選項表達自己的意見。在程序的彈性而言，四種公民參與模式在參與人數和天數的變異性的部分，也有著不小的

差別。一般而言，公民共識會議的彈性是最低的，因為公民共識會議的參與人數落在在 10 到 20 人，在人數較少的情況下，變異範圍也十分有限。公民共識會議的標準流程包含兩次共四天的預備會議和三天的正式會議，雖然有些主辦單位會將預備會議縮減為一次兩天，但是正式會議還是維持三至四天，甚少出現低於三天的情況。審議民調和公民陪審團具有中度的程序彈性。審議式民調的參與人數最具有彈性，從一百多人到一千人不等，可是參與天數的彈性則較小，幾乎都是三天。公民陪審團的參與人數變異小，設定上多為 12 至 20 人，然而參與天數的差別較大，則是三到九天不等。願景工作坊的程序彈性比較大，參與人數從 20 人到 60 人不等，參與天數從 1 到 3 天都是可以接受的範圍。

(四) 意見產出之形式：公民共識會議、願景工作坊和公民陪審團三者都需要形成書面結論；僅有審議式民調不需形成書面結論。在產出形式的比較，公民共識會議、公民陪審團是形成書面的政策建議，願景工作坊則是產出未來的願景和行動方案，而審議式民調則是呈現參與者對不同政策意見的分布。而在是否需要達成共識的層面，公民共識會議和公民陪審團都需要積極形成共識，願景工作坊對於共識的要求較低，仍會共同討論願景的藍圖，所以還是形成了部分共識；審議式民調則不需要形成共識。

表 3-2 四種公民參與模式之差異

公民參與模式		審議式 民調	公民 陪審團	公民 共識會議	願景 工作坊
差異面向					
參與者類型	參與主體	一般民眾	一般民眾	一般民眾	一般民眾 政府官員 學者專家 團體代表
	主動參與	被動受邀	被動受邀	可主動報名	部分民眾可主動報名，其他被動受邀
	人口代表性	最高	稍高	較低	較低，但利益團體代表性高
	參與規模	150-1000 人	12-20 人	10-20 人	20-60 人
取得資訊之多寡	參與時間長度	短	中度	最長	短
	提供閱讀資料	較少	較少	豐富	較少
	專家介紹議題	較短	周延	最周延	較短
	與政府、團體代表及專家對話並質疑論點	較低	高	高	最高
程序規則的設定	主動設定議程	最低	中低	最高	高
	議程彈性	中度	中度	最低	最高
意見產出之形式	結論形式	意見分布	書面結論	書面結論	書面結論
	形成共識	否	是	是	較弱
活動成本	進行天數	1-3 天 (標準 3 天)	3-9 天 (標準 5 天)	5-8 天 (標準 7 天)	1-3 (標準 2 天)
	預估經費	200 萬- 1000 萬	200 萬- 1000 萬	150 萬- 200 萬	100 萬- 160 萬

二、不同議題特質適合之審議式公民參與模式

表 3-2 針對四種審議式公民參與模式在參與者類型、取得資訊之多寡、程序規則的設定、意見產出之形式，以及組織成本的差異進行了細緻的比較。暫且不論成本，從以上比較我們可以歸納各個參與模式的特性，進而評估這些公民參與模式適用於哪些議題。

- (一) 審議式民調：審議式民調運用把參與者當作是代表性樣本，藉由問卷調查的方式，把參與者經過討論之後，對於特定政策選項的態度分佈加以呈現。審議式民調特別適合用於政策發展晚期、形成明確方案、政策選項特定的議題。但是審議式民調所提供的資訊較為貧乏，議題性質如果牽涉到高度技術複雜性和基本價值衝突，則應該審慎考慮資訊限制的問題，或許可以改採公民陪審團的模式進行討論。
- (二) 公民陪審團：公民陪審團和公民共識會議有許多相近的特質，最主要的差別在於參與者的人口特質更具代表性，和參與者設定議題的主導性較低，公民陪審團更加適合討論議題形成中期、已有特定政策方案、但同時牽涉到技術複雜性和具有價值衝突的議題。
- (三) 公民共識會議：公民共識會議的召開時間較長，參與者進行討論的時間比較充分，再加上提供閱讀資料與專家授課，以及邀請不同立場的專家、政府官員和團體代表與參與者對話，由於整體的資訊充分，參與者對於問題的理解較為深入。除此之外，公民共識會議的參與者更可以自行設定議題，針對問題的解決方案形成共識，再來以書面方式做成政策建議。這些特性讓公民共識會議適用於討論政策發展初期、範圍較為寬廣、具有高度技術複雜性和基本價值議題。
- (四) 願景工作坊：願景工作坊在操作流程上的特質則是適用於長期規劃的議題。這類議題通常是範圍較廣，一般而言，越是寬廣議題更需要豐富的資訊和討論時間，然而願景工作坊的召開時間通常比較短，最短甚至僅有一天，雖然時長的關係使得資訊的提供受限，但是願景工作坊所獨有的形式，亦即官員、學者、社會團體代表和一般民眾得以平起平坐討論，這點所帶來的資訊豐富程度，足以彌補時間過短所造成的局限。假設願景工作坊的議題牽涉到較高層次的技術複雜性和較強的價值衝突，則主辦單位在操作上應盡量突破資訊不足的限制。

表 3-3 議題特性與公民參與模式之關聯

議題特性 參與模式	議題發展階段	議題範圍	技術複雜性	基本價值衝突
審議式民調	後期	特定	低	低
公民陪審團	初期或中期	特定	中到高	高
公民共識會議	初期	寬廣	高	高
願景工作坊	長遠規劃	寬廣	中到低	中到低

當主辦單位選擇最為適合的參與模式時，除了上述的面向之外，還有成本的考量，不同公民參與模式在組織成本上也有一定的差異。普遍來說，在評估成本時，下列幾個因素是舉足輕重的。

1. 參與人數與天數：餐費、住宿費、交通補助和出席費，這幾項明顯受到參與人數和天數所影響，因此參與人數與天數越多，成本也就越高。至於人數與天數的差異，與程序彈性有關。
2. 資訊豐富程度：是否提供可閱讀資料或是議題手冊，以及有無邀請專家授課與對話。
3. 人口代表性：在達到人口代表性的要求時，有兩個方面會影響其成本。一個是需要花費調查費用所進行隨機樣本訪談，另一個則是較多的參與人數。
4. 籌備時間：越是複雜的議題，更需要較長的時間進行整體的籌備，因此人事費用和行政成本也會高出許多。

如果政府行政部門的成本有限，可能就不適合採取需要具有人口代表性的公民參與模式，因為人口代表性需要較多的參與人數，因此也需要較高的成本。對於範圍廣、技複雜和價值衝突高的議題，基本上需要提高會議天數並適度增加資訊的豐富程度，因為參與天數和議題資訊的豐富程度有關，而議題資訊的豐富程度又和議題範圍、技術複雜度和價值衝突層次有關。值得注意的是，提升參與天數以及加強議題資訊的豐富程度，其所需增加經費，同時也必須評估組織成本。換句話說，政府單位如果需要使用成本較低的參與模式時，應該選擇議題範圍較為限縮、技術複雜度和價值衝突較低的議題進行。

三、健保議題與適用的公民參與模式

本計畫針對健保會每年依法辦理之保險費率審議、總額協議訂定及分配等事項，及健保署所提併案審議之財務平衡方案，根據議題發展階段、範圍，以及技術複雜程度等不同的特性¹⁴，建議使用特定的公民參與模式，如表 3-4 所列。

(一) 願景工作坊

長期性的政策規劃和資源配置問題，在議題發展階段屬於初期，範圍非常廣闊，也需要集結不同行動者集思廣益，因此建議採取願景工作坊的形式進行。

(二) 公民陪審團

政府部門提出的分級醫療的推動策略是否可行？能否被民眾接受？這樣的議題屬於政策發展的中期階段，範圍明確，但牽涉到民眾實際的就醫行為、醫療體系的整合和資源配置問題，具有相當高的技術複雜度，建議採取公民陪審團的模式。

藥品差額負擔的問題，目前仍在政策討論階段，在議題發展的面向，屬於初期。因為範圍特定，但是牽連廣泛，且具有高度的價值衝突，建議採用公民陪審團模式。

(三) 公民共識會議

每年總額協商完成之後，是否要調整費率，在健保署做成決議之前，可以先召開公民參與來討論。因為討論的範圍涉及到政策目標，支出項目的增加和保費的調整，範圍廣泛，同時又具有高度的技術複雜性，建議採用公民共識會議的參與模式。

在預期健保財務失衡而有必要調漲保費的兩三年前，可以召開公民參與來討論如何解決健保的財務危機。因為討論的範圍涉及各種開源節流方案，範圍廣泛，且具有高度的技術複雜性，建議採用公民共識會議的形式。

(四) 審議式民調

分級醫療的個別推動策略，例如：加重部分負擔、個別給付項目是否納入或排除，以及費率是否調漲，這類議題，通常已經有明確的政策選項，例如：費用調漲、費用調降或是有條件式的調整。這類議題屬於政策發展晚期階段，而且議題範圍相當特定，技術複雜度也較低，建議採取審議式民調的方式，讓民眾在知情的情況下，選擇自己較為偏好的政策選項。

新藥納入健保給付的價值排序，雖然涉及高度的價值衝突，但因為範圍特定，又想了解民

¹⁴ 健保議題大都牽涉到價值衝突，因此本計畫沒有將這個面向的評估納入，但新藥納入健保給付和差額負擔的價值衝突特別明顯，必須指出。

眾的偏好，可以採取審議式民調進行。

表 3-4 健保政策議題與適用的審議民主公民參與模式

議題	議題特性	適用公民審議模式	
健保費率審議事項	當前其費率調整：整體	初期，範圍廣泛， 技術複雜度較高	公民共識會議
	當前其費率調整：選項	後期，範圍特定， 技術複雜度較低	審議式民調
	中短期費率調整：整體	初期，範圍廣泛， 技術複雜度較高	公民共識會議
	中短期費率調整：選項	後期，範圍特定， 技術複雜度較低	審議式民調
總額協議訂定及分配事項	新藥納入健保給付： 價值原則的優先順序	後期，範圍特定， 技術複雜度較低但 價值衝突高	審議式民調
	個別項目是否給付	後期，範圍特定， 技術複雜度較低	審議式民調
健保署所提併案審議之財務平衡方案	長期規劃與整體資源配置	長期，範圍廣泛， 技術複雜度中等	願景工作坊
	分級醫療：整體推動策略	初期或中期，範圍 特定，技術複雜度 中等	公民陪審團
	分級醫療：個別推動策略 (加重部分負擔、個別給付 項目是否納入或排除)	後期，範圍特定， 技術複雜度較低	審議式民調
	藥品差額負擔	初期，範圍寬廣， 技術複雜度較中等 但價值衝突高	公民陪審團

值得注意的是「整體」跟「選項」的區別。「選項」相對來說較為簡單清楚，以調整費率作為例子，如果已經決定調漲費率，要調漲多少，是一次調足，還是逐次微調，這些政策選項非常清晰明確。「選項」適用於議題特性處於後期發展、範圍特定，並且技術複雜度較低，討論議題則是經由主辦單位直接設定幾個特定的政策選項，讓民眾從中選擇自己偏好的方案。

然而如果討論議題為支出總額的話，當中可能會涉及調漲費率，或是減少某些支出項目等多樣議題，且沒有明確的政策選項提供給民眾選擇，則是屬於「整體」的範疇。「整體」適用於議題特性處於初期發展、範圍廣泛，同時又具有高度的技術複雜性，因此討論議題會經由參與者共同選出彼此感興趣的議題，再加以深入討論。

四、其他公民參與模式

以上所討論的四種審議民主公民參與模式，舉辦所需的成本皆很高。縱使政府部門考量到成本因素，改以採取較為彈性的方式操作程序，進而降低審議成本，例如：減少參與者人數、活動天數、議題資訊的豐富程度和籌備時間。不過，在成本限制的考量下，政府是否有可能使用「非審議」的公民參與模式？甚至是將「非審議」的公民參與模式透過特定的方式轉換成具有審議特質的公民參與模式？

一般而言，政府部門最常使用的非審議的「公民參與」模式為公聽會和民意調查。公聽會的操作方式為決策過程中邀請相關利害當事人前來陳述己見，被廣泛應用在許多政策領域，健保政策亦然。藉由公聽會的場合，讓與自身權益相關的民眾能夠表達對於政策的意見，讓政府部門理解政策推動的過程中，可能面臨到的阻力，有一定程度的輔助。然而公聽會也存在一些缺點。Daniel J. Fiorino (52)認為公聽會的參與對象，往往是特殊利益和優勢團體，程序和議題都是由政府部門掌握，不但流程和結構鬆散，提供的議題資訊貧乏，政府部門通常只是走個形式，並不會針對公聽會的意見進行回應。政府機構舉辦公聽會的目的，往往只是營造參與的假象以及滿足程序的要求。國內部分的公聽會研究，同樣呼應了 Fiorino 對於公聽會的批評（湯儒彥，2015）。雖然公聽會的參與對象大都是特殊利益團體，較無法探知民意，但是民意調查卻可以透過代表性的樣本，進而了解民意。Lester Mibrath (67)的經典研究甚至認為民調是公民參與的一個重要方式。Mibrath 認為代表性樣本經過縝密設計、執行下所詮釋的民調資料，可以用來了解民眾的價值與態度。但是他也建議政策決定者必須與設計問卷的研究者緊密合作，方能使設計問卷題目時，更貼近政策核心關鍵的問題。

和前文介紹的審議民主公民參與模式相比之下，公聽會和民意調查顯然是成本較低的蒐集民意方式。在需要考量成本的情況下，假如健保政策議題涉及到明確的社會團體的利益，政府部門欲了解利益團體的意見並加以回應，減少政策推動的阻力，的確可以考慮採用公聽會的傳統模式；但是，假設政府已經有明確、清晰的政策選項，並且對於了解民眾的政策選項偏好和支持程度有急迫性的話，可以考慮選用民意調查，需要特別注意的是，問卷設計的部分應該提供適當的議題背景和相關資訊，讓民眾不至於盲目作答；此外，政府部門不適合將問卷設計、執行與分析完全委外處理，因為這很可能讓政策決策的過程和民意脫鉤，決策部門和執行問卷機構需要密切溝通聯絡和合作，才能讓民意調查更貼近決策部門欲理解的民意。

然而，從審議民主的角度來看，公聽會不符合「知情」、「對話」與「形成集體意見」的審議因素；至於民意調查雖然可以呈現集體的意見分布，但民眾卻缺乏知情討論與互相說理的機會。在低成本的考量下，我們建議使用以下方式，進而補充公聽會和民意調查的缺漏之處。

鄧宗業和吳嘉苓(30)談到「法人論壇」可以當作公聽會的擴充和替代方案。二代健保規劃小組發展「法人論壇」的概念，是一種結合「審議式民調」和「公民共識會議」的公民參與模式。行政院二代健保規劃小組於2001年至2004年動員專家學者研擬全民健保的結構改革。改革的重點包含建立公平的財務負擔和擴大社會參與。在財務負擔的部分，著重廢除現行職業分類的保費計算方式，而以家戶總所得計徵保費。此外，為了深入了解社會團體對二代健保財務改革的想法，二代健保規劃小組的公民參與組，於2003年8月28和29日辦理以「全民健保保費新制方案規劃」為主題的「法人論壇」。

接著我們對法人論壇的操作程序進行精簡的介紹。「法人論壇」的參與者，是以與全民健保財務改革相關的社會團體為主，除此之外，也邀請醫事、勞工、社會福利和病患團體參與。總共有54個團體推薦74位團體代表參與法人論壇，其中有51人全程參與兩天的審議會，而這次法人論壇的參與者幾乎包含了健保政策領域所有相關的團體。

在正式會議開始之前，主辦單位事先寄發健保議題的閱讀資料給參與者，以利了解健保制度。論壇總共舉行兩天，第一天安排的討論議題是「保費計費基礎與繳費方式的改變」，第二天的討論議題則是「被保險人、雇主與政府保費負擔方式」。在論壇第一天尚未開始進行討論之前，主辦單位會請參與者先填寫問卷調查，問卷的內容包含個人和所屬團體的基本資訊，還有對於全民健保議題的相關知識，以及對於本次論壇的討論議題和政策方案的想法和建議。填寫完問卷之後，流程的安排是先由專家介紹什麼是審議民主，進而講解法人論壇和公民論壇的概念與運作流程，接者由專家學者針對要討論的健保議題進行「議題介紹」，說明第一天所要討論

的議題以及方案選項。讓參與者對於會議流程和相關議題有一定的了解之後，隨即進行「第一階段小組討論」。法人論壇總共分成四組，分別是醫事、勞工、社福和病患，各組都設有一位經驗豐富的主持人協助每個小組對於會議主題的初步討論，並彙整提出想要詢問專家學者的問題。接著便是「專家詢答」，所有參與者齊聚一堂提出各組問題，由3位專家學者回覆問題。聆聽完專家的回答之後，各組接著進行「第二階段小組討論」，藉由更深入的討論形成初步的小組結論。在這個階段各組會盡量形成共識，若是遇到無法形成共識的情況，則分別提出「少數意見」與「多數意見」，並闡述各自的理由。

第二天論壇的進行流程和方式和第一天相同。會議結束前，所有參與者會再填寫一次後測問卷，後測問卷當中的部分題目與前測問卷相同，例如：健保知識、對於討論議題和政策選項的意見，這部分的問題主要是用來了解參與者參加會議前後的變化；除此之外，也會詢問參與者對於審議論壇的參與過程，以及對於公共審議模式的評價。

法人論壇和公聽會的參與對象都是以社會團體為主，相較於公聽會，法人論壇更加具備審議民主的要素。從「如何審議」來看，透過事先準備的可閱讀資料、專家介紹議題和議題問答，讓參與者對於政策議題具備一定程度的了解；經由兩階段的小組討論，讓參與者能夠理性對話、共同討論；從「誰來審議」這個層面來看，法人論壇嘗試窮盡特定政策領域內所有重要且相關的團體，並邀請相關團體參加；就「審議結果」來說，藉由前測與後測的問卷調查，可以了解個別參與者對於政策議題的意見，再透過小組結論，發掘特定群體對政策議題的整體意見。

除了「法人論壇」的形式，二代健保規劃小組也另外發展出「公民論壇」這個公民參與模式。「公民論壇」的操作流程與「法人論壇」相似，兩者之間最大的差異在於參與者是以一般民眾為主。招募與抽選參與者的時候，便可以顧及樣本代表性¹⁵。所以「公民論壇」可以當作「民意調查」的補充或替代方案，運用分層隨機抽樣抽選的樣本數不多，但具有代表性的參與者，以利進行知情的討論與對話。

「法人論壇」和「公民論壇」在參與天數和人數這兩個方面都具有一定的彈性。二代健保公民參與組舉行的「法人論壇」和「公民論壇」都是設定為兩天的議程，但依照議題性質和成本考量可以進行微調，也可以採取一天或半天的模式。

¹⁵二代健保「公民論壇」的抽選方法如下：算出各縣市佔全國人口比例，依照預定招募參加會議人數，分配各縣市所需人數，再依據各縣市所需人數抽選鄉鎮市區數和村里數。原則上，每鄉鎮市區以抽選兩個村里，每村里邀請一位參與者為原則。選取的村里確定後，則請村里長推薦參與者。參與者的資格則依全國十五歲以上人口在性別、教育程度和年齡的分配狀況進行挑選。最後總共有59人參與。

以上所討論的各種審議民主公民參與模式其實並沒有明確的優劣之分和高低差別，而是提供了多元的模式和選擇，讓個別議題可以依據其發展階段、發展範圍、技術複雜性和基本價值衝突，佐以主辦單位對於參與者類型、取得資訊之多寡、程序規則的設定、意見產出之形式等面向之偏好，還有成本考量，為每一場公民審議會量身打造選擇出最為適合的公民參與模式。甚至混和模式的使用和施行，讓審議民主公民參與模式產生了更多發展空間的可能性。以上討論了不同種類的審議民主公民參與模式適用於何種特性的議題，下一節將介紹本計畫最為適用的公民參與模式。

第六節 本計畫適用之審議式公民參與模式

在本次的審議計畫中，經工作會議討論，將討論議題鎖定於針對健保費率是否調整此一主題邀請一般民眾進行討論。由於健保費率議題的討論必須給予參與者一定程度的先備知識，以讓參與者在知情(informed)的前提上進行討論；此外，由於健保議題所影響的民眾類型繁多，希望能夠促成異質公民小組之間的激盪與對話；最後，則是希望此次討論的公民小組能夠做出共同決定，因此本團隊建議採取公民審議會的模式來進行討論。

公民審議會和公民共識會議的定義不同，本計畫採用的是公民審議會。公民會議的全稱為公民共識會議，是由 consensus conference 翻譯而來，但是根據過去在台灣的舉辦經驗，民眾認為「共識」兩個字聽起來過於沉重，遂改稱為「公民會議」。公民會議的特點在於討論時間長，時間落在 5 至 8 天，門檻太高，民眾自行設定議程的程度非常高，而結論方面也僅會呈現出單一共識；「公民審議會」則是基於公民會議的形式加以改良，讓主辦單位更易於操作議程。舉行時間縮短至 2 天至 4 天，討論議題皆由主辦單位進行設定，且不追求單一共識，若是遇到意見不一的情形，會採取兩種意見並陳的方式呈現。

公民審議會的特性在於能夠花費較長的時間針對複雜的議題進行了解並有公民小組內部的充分溝通。而由於此次的議題範圍已明確設定於討論健保費率的調整，因此本團隊規劃的會議時間共為兩個整天，以確保一般民眾不會因為會議時間過長而降低報名意願。在議題上則事先公布將以健保費率為討論主軸，並將透過本團隊所撰寫的可閱讀資料、會議中的演講和對談階段來促成公民小組(citizen panel)的「知情」。

在參與者的部分，我們則將充分進行實體與虛擬的宣傳，讓民眾進行事先主動報名，後續則由執行團隊根據台灣整體人口特質與報名者的人口特質進行權衡後，透過分層隨機抽樣的方式來決定 20 位參與成員。分層隨機抽樣有助於從報名者中，挑選出性別、居住區域、教育程度

等特質均有所差異者，組成最終的 20 位公民小組。這也能夠確保兩日公民審議會中能夠促成參與者的多元觀點交換。而在兩日會議講師和與談人的挑選上，我們也將從對議題的熟稔度和平衡多元觀點的提供等原則來進行邀請。在邀請講師和與談人時，我們也會充分溝通審議民主的核心精神，以及參與兩日會議時的定位與任務，藉此確保相關規劃能夠落實。

最後，20 位公民小組能夠針對議題做出共同決定也極為重要，如此方能對於未來政策方向提供具體建議。因此我們也將邀請審議主持經驗豐富者擔任兩日的會議主持人，除此之外，則是在整個會議過程中，透過數個內部討論階段來使公民小組針對議題進行充分討論並做出共同決定。在兩日會議的最後階段，我們將邀請公民小組成員中推派出數位主筆人，他們會協助以兩日的會議紀錄為基礎，將公民小組的意見報告書加以完成。由主筆人完成的意見報告書初稿，將再次透過執行單位和所有成員進行確認，並成為最終版本對外公開。若在討論中針對部分議題無法做出共同決定時，意見報告書中也應詳細載明無法達成共識的幾種觀點其背後所抱持的論點為何，以利外界了解。

事實上，儘管本次採取兩日公民審議會的模式來操作健保費率的議題，但考量到採取之模式僅能夠讓 20 位參與者進行議題討論，儘管仍能夠透過現場直播、可閱讀資料和公民小組意見報告書來產生後續影響，但仍難以避免參與者人數寡少的缺點。因此本團隊也建議，由於全民健保制度對於台灣全體民眾皆有密切影響，故考量議題特性，其實未來可考慮採取讓較多民眾得以參與討論的審議模式來參與健保議題的討論。我們建議可以採取兩階段式的參與做法：在第一階段(區域會議)中，可以規劃在台灣數個地點辦理多場次的討論會議，該階段係以擴大參與、廣泛蒐集意見為目標，每個場次僅進行 4~6 小時，並可讓 40~60 位民眾參與討論。多場次、時間較短、參與者較多的審議討論將有助於降低參與門檻，並可大規模捲動不同區域的民眾參與。區域會議會後，除了將各場次內部的討論進行彙整和紀錄並加以分析外，我們也會從各場次中徵詢有意願參與第二階段(代表會議)的參與者，並從所有有意願者中進行分層隨機抽樣，並擇定 20 位參與第二階段的討論。而代表會議的操作方式則與本計畫今年度執行的公民審議會一致。採取兩階段的執行方式，一方面顧及參與的廣度，另一方面則可透過第二階段達到討論的深度，並得出民眾的共同決定，以利未來政策參酌。然而，不諱言的是，兩階段的參與模式則需要花費較久的時間，耗費較多的資源與人力，籌備期間加上舉辦會議大約需要 8 個月，經費預估為 250 萬，這則是必須考量的面向。

第四章、科技工具與公民審議

第一節 前言

隨著新冠肺炎疫情的爆發，人們的生活型態面臨重大改變，也加速視訊等網路科技的發展，過去習慣以面對面討論為主的審議討論，也將運用科技工具的輔助進行討論。因此本章的重點將集中討論以下幾個問題，公民審議使用科技工具、特別是網路科技工具進行討論，可以透過什麼樣的方式提升審議的品質？與此同時，也需要注意到的是我們希望使用科技工具增進審議品質的時候，品質的標準為何？即使中文翻譯皆是使用「審議」這個詞，但是對於審議民主的詮釋不同，品質為何的觀點也隨之不同。這個部分是本章第二節「科技工具與公民審議之相關理論」所要探討的議題，我們將列舉三種不同流派的差別，希望藉此得以更容易了解哪些是審議民主追求的目標，此外，面對某些報告、過去政府研究報告中的期待或許是來自對民主的理解的差異，甚至可能與審議民主的看法互不相容。

而從過去的文獻和理論的討論中¹⁶，我們得以梳理出來，過往的研究者認為科技工具推進審議討論的潛力為何，在使用科技工具時，又需要什麼輔助工具作為支持，這即是第三節的討論重點—「如何使用科技工具，促進審議變得更好？」。接著在第四節「如何應用科技工具與公民審議」，則是著重於實際操作的設計，如何發揮科技工具的潛力。更進一步來說，過去許多的研究在討論網路科技工具結合審議的時候，大多直接預設是以「繼承」的方式操作，利用網路上的論壇為主體，並在不同面向加以改良；這樣的作法雖然有其便利和優勢之處，然而若是從審議的觀點來說也有一定程度的限制，而且並非實踐上的全貌；另一方面，藉由文獻我們也可以發現部分學者試圖「移植」，也就是利用原有的審議民主實踐模式（例如公民陪審團、審議式民調）為底本，將其移植至網路平台，達到降低成本、或是融入科技工具幫助審議的效果。

這個部分也就引出第五節的主題—「使用科技工具可能面臨的阻礙」，許多文獻對於可能面臨的阻礙提供了豐富的討論，值得注意的是，這類型的文獻大多是以「繼承」為出發點，這些討論一方面揭示這個形式可能的侷限，甚至是相當重大根本的限制，舉例來說，論壇形式本身不易促進共識導向的公民審議，雖然和面對面審議相比的確存在某些優勢，但也許在根本上論壇沒辦法取代面對面的審議，而另一方面也提供我們新的思考方向，當我們試圖「移植」時是否可能也面對相似的阻礙。

¹⁶ 本研究團隊經由圖書館、學術搜尋系統彙整與審議民主科技工具相關之中文和英文文獻，並且在閱讀文獻內容後，進行整理、比較與分析，以作為本章的分析基礎。

最終，在第六節的結論我們會先回顧先前所有的討論，並且指出除了繼承和移植以外，是否存在第三種可形的討論形式。也就是說，借鑒移植和繼承下我們所探究的科技工具之潛力，利用網路科技工具進而輔助面對面的審議。

第二節 科技工具與公民審議之相關理論

對於科技工具和審議民主的論述，許多都是直接從科技工具如何影響討論品質作為起點。然而，在進一步推論評斷的標準甚至是指標之前，必須先釐清追求的目標究竟為何，退一步而言，我們希望運用科技工具促進怎樣的討論？討論於民主到底有何益處？只有先澄清討論跟民主的關係，才能更進一步探討「討論品質」的衡量標準，以及科技工具在這個方面可以發揮什麼影響。本報告是從審議民主的觀點出發，為此，我們更加需要先行比較審議民主與其他民主觀點之間，對於納入科技工具促進的討論內容的不同期待，才得以釐清不同觀點以避免混淆，甚至追尋實務上互不相容的目標。

Dahlberg(60)跟 Freelon(50)都認為民主理論的三大流派希望透過科技工具促進的討論不同，亦即不同陣營所追求的「品質」略有不同。當我們比較這些不同的流派，可以讓我們更充分知道不同流派不同的期待為何，了解不同論點各自宣稱科技工具有何幫助、又如何導致危險時，實際上想要追求的目標是各自不同、甚至是互斥。

舉例來說，許多研究者顧慮的點在於使用科技工具而導致的同溫層效應(亦即意見相同的人互相群聚)，然而 Dahlberg(60)指出社群主義者不一定會直接認為這是嚴重的問題，反而對於他們來說，網路科技工具所具備的潛力之一正是促使抱持相同價值的人得以交流觀點，甚至是感情。假如我們預設以上立場的話，科技工具促進民主討論的方法，即是促成人們與立場相同的人互相認識，並且加以討論。讓原本難以交流，但是意識形態相似的一群人聚在一起，是這個觀點中科技工具的功能，因為大致上抱持相似的觀點，所以避免參與者害羞卻步的阻礙，更容易跨出第一步和聚焦問題，與其他人互相討論議題，比較不會不會各說各話，進一步形成集體的論述和行動策略，依照價值信念集結一群群的「我們」，成為真正的「社群」。更有甚者，正是因為有這樣的契機以及相同的出發點，對內除了互相討論，在彼此的同意之下，更有利於深入辯論、交流提問的環節；對外則是能夠有效動員，共同決定一起行動，Freelon(50)所彙整的五種社群主義所追求的目標，分別是「社群認同」、「動員」、「意識形態同質親近」、「意識形態內部相互回應」、「意識形態內部互相提問」。暫且不談社群主義者心目中的理想政治社群，是否和網路上零散的小社群畫上等號；Dahlberg(60)指出即使是社群主義者，他們對於民主的想像

是人們和經由網路建立起來的「虛擬社群」中其他成員討論政治，這種對於民主的看法仍然可能存在其他問題；在爬梳完他的論點之後，我們可以發現他對於所謂的社群主義者和科技工具與審議之間關聯的兩個隱憂：首先，這些討論的內容非常受限，在主題的部分，整個社會或是政治社群面臨的其他重要議題，在這些論壇反而經常不被重視，至於在價值的部分，當抱持其他價值立場觀點的人不在這個論壇（這點社群主義者並不反對，甚至可能是樂見其成），相反或是不同的價值立場也難以被忠實反應，或是可能不被納入考慮範圍之中。也就是說，討論並沒有促使社群的立場更加深入，反而容易流於打稻草人的取暖模式。另一方面，關於討論的方式，假如這些網路社群內的討論是以「煽動、八卦與流言、時不時的瞎扯（ibid）」為主，同樣無助於促成社群主義者理想中的虛擬社群內基於同質性而產生的深入討論。

相對來說，「自由主義個人主義」者的論點，既不認為使用網路工具形成同溫層有任何優點，同時他們也不偏好促進相異立場的人互相辯論或是討論。其實 Freelon(50)和 Dahlberg(60)都提及自由主義個人主義者最重視的是科技工具類似廣告市場的潛力：Freelon(50)說明個人主義者認為每個人都擁有不同的利益，討論的重點不是互相辯論，而是提供一個舞台讓這些參與者可以發表「獨白」以追求自己的利益，這可能是因為透過網路科技工具集合這些意見，可以讓決策的政府官員更直接便立看到訴求，並且加以回應，從某方面來說也是促進政治人物和選民的溝通與互動，也可以讓政治人物們的回應與立場更加清晰，促進政治市場的資訊更為公開透明；也可能是藉由科技工具提供的傳達方式，使得人們可以經由自我揭露、講故事，或者透過圖文創作、多媒體素材，讓個人講的話更具有吸引力，更能夠影響（或者說「鼓動」）其他人。換句話說，這一陣營的觀點，強調科技工具作為一種媒介的潛力，人們可以使用更有吸引力的方式表達自己的意見，同時讓政府官員（公務人員或政治人物）可以有特定的地方或是平台去聆聽，並且表態和回應，讓人民可以選擇心儀的政治人物。自由主義個人主義者的觀點和社群主義者類似，認為人們的意見不需要改變（不管是各式各樣的個人利益、個人因偏好而在乎的事情，或是原本就存在的意識形態價值立場），既然從頭便不認為人們有需要做好心理準備被其他公民的意見說服，甚至完全轉換自己的立場，便不會認為網路科技工具須要提供彼此說理、互相說服與傾聽的場域，而是應該促進意見或是立場等資訊的雙向傳達。

有鑒於此，2017年三月國家發展委員會所發表的委託報告《政府公共溝通：新型態網路參與及溝通策略》，其實就暗示了此種觀點，因此才會從「議題管理」（issue management）的角度分析評論網路科技工具。國發會的這份報告的重點就在於藉由科技工具，公務機關可以得知和掌握「輿情」，並且從中了解不同群體可能會關心的特定議題和立場分別是什麼，了解這些新資

訊，並且「從政策論述中收取評論意見」。因此，這份報告所主張的優化建議主要是引導民眾到適當窗口，使用分工和制度誘因促進政府回應，並且佐以「大數據分析」呈現民眾的「線上行為模式」，並對外公開；這份報告也使用了「審議品質」的詞彙，但指涉的意涵在於避免偽造身分跟是非不分的支持與反對，避免政府接收有所誤差的意見資訊。這點也提醒了我們釐清和理解民主理論立場的重要性，即使在討論「審議品質」，察覺到的問題與解決方案可能就大相逕庭，至於這份報告中針對民主討論與科技工具的論點，主要著重在民主的個人式認知上，因此著眼的審議品質與潛力並不在於互相說服與說理，而是在於接收與表達。

相反地，審議民主的理論，恰好就是補充這兩種民主觀點的不足，審議民主認為，面對社會上各樣不同的利益和觀點，較好的解決方式便是盡量激勵公民去思考其他人的立場，並且以說理的方式回應，或者甚至轉變自己的立場。也就是說，著眼科技工具的切入點，不是建構同質的虛擬社群（社群主義），也不是讓大家找到舞台儘可能地說自己想說的，並且可能獲得政治人物的回應（自由主義個人主義），相對地，Freelon (50)提到融入科技工具的成敗關鍵，在於「促成說理、公共議題導向、切題、跨越意識形態的互相回應、跨越意識形態提問」。Dahlberg (60)也指出線上審議的六個衡量面向，分別是換位思考、誠摯、說理、反思、涵容與平等、自主性。其中，雙方都強調的「說理」，所指的是人們彼此願意使用講道理的方式溝通，具體來說，就是提出理由支撐自己的論點，「涵容與平等」則是指避免只有少部分的人可以參與（外部不平等，或者是涵容不足），或者只有少數的參與者主導發言（內部不平等）。除此之外，「跨越意識形態的互相回應」指的是願意零聽和回應不同價值立場的意見，至於「跨越意識形態提問」則是指願意詢問不同價值立場的人的想法，同時也樂於接受挑戰，甚至進而被說服。誠摯、反思和換位思考，這些都是說理和互相回應的延伸，「反思」指的是參與者適時審視自己原本當作理所當然的預設立場，連這些預設立場都處於可能被說服而改變的範疇之內，亦即抱持完全開放的態度，「換位思考」則是指願意試圖使用他人的角度理解問題，嘗試認真思考其他人為何如此推論和抱持這個立場。而「誠摯」指的是真誠地傾聽，並且如實提供出完整資訊，並且告訴他人自己的所思所想，最後，「自主性」則是審議的方向是由參與者彼此對話下逐漸推動，並非是（行政）權力的力量或金錢主導。

綜上所述，對於審議民主論者來說，科技工具是否有助於民主的討論，重點在於融入的科技工具是否可以鼓勵參與者以論理的方式和其他人進行討論，抑或是默許參與者以流於空洞、毫無理由的方式吸引注意或支持？是否可以促進參與者彼此之間（內部）和參與（外部）的平等，還是與其他形式相比反倒會更加不平等？是否有助於人們抱持開放的態度、誠懇聆聽，並

且願意去了解其他人的論點？是否有助於人們提出公共議題？是否有助於促使參與者更加切題，盡形深入的討論，還是反而會助長不切實際的想法？是否能激勵人們更有意願確實回應不同立場的意見，並且去詢問和討論，還是淪為各說各話，或者分化成小團體，彼此之間沒有交流？面對這些問題，目前已知的文獻顯示科技工具確實存在某些潛力，但是如何和是否發揮這些潛力，需要依照具體的設計而定，不能一概而論，這也正是下一節所要探討的議題。

第三節 如何使用科技工具，促進審議變得更好？

一、科技工具的潛力為何？

科技工具是否可以有效幫助審議，Wright(75)提出一個比喻：就像是這間會議廳是否有助審議一樣，會議廳的配置和設計，是兩排座椅對坐還是圓桌，即有可能影響和改變對話的方式。上一節我們分析關於民主的不同觀點，並且特別著重於審議民主的角度出發，進一步考量科技工具的潛力，在這個章節中，我們將探討上述的潛力是否可行以及怎麼藉由具體設計實現。

關於「彼此回應、提問」和「講道理」這幾個方面，Tsaliki(61)針對英國、荷蘭和希臘網路論壇的內容進行分析，儘管點出了實際面的諸多不足，但也指出一些網路科技工具可能的著力點：與面對面的討論相比，民眾在網路上詢問關於事實的問題或許更加容易，僅需要發文提問、不受時間空間的限制，同時也能讓其他參與者討論和回應，這或許有利於後續的說理，但是他也察覺現實上許多詢問串都因為回應的人較少而無法延續討論。除此之外，網路科技工具也可以協助「引用」他人的觀點，人們也有機會回應不同的觀點（雖然實際上回應的品質不一定高）；這點恰巧呼應黃東益等人(24)的主張：科技工具可以經由存檔（可累積）和歸檔（易搜尋），促進交互引用。

除此之外，Wright(75)的文獻回顧也指出可以使用科技工具「維持一個一個大型的審議廳」，這個觀點所著重的是「時間」面向：科技工具使得審議得以維持下去，只要找到貼文，便可以發表意見、提出新回應，不需要特意設定終止的時間，可以促使「持續對話」。黃東益等人(24)甚至指出科技工具除了可以拉長討論時間，「非同步性」（不須聽到就立即回應，否則討論就會結束）的特質更可以「促進深思熟慮」，因而更有助於說理；Janssen and Kies(48)也認為，線上的非即時討論，其優點就在於人們可以利用更多時間完善論述，以支持自己的立場，而不是淪為即時的玩笑和聊天。

而科技工具也提供了某些機制，讓參與者「回頭」反饋，當其他人回覆自己的論點時，理解他人的回覆，再次給予回應，也就促進真正互相來往的對話。Schultz(80)也提及紐約時報主

持的時事議題討論版上，若是參與者之前的發言被他人引用，使用者便會收到系統自動發出的通知，而高達 80.4%的參與者會回覆信件，也就是說再接著回應其他人的評論，使得討論得以持續。儘管 Schultz 無法確認如果沒有這個機制，互動回應的次數是否會下降，也沒有針對這些回應的品質好壞進行探討，但這個機制，等同利用科技工具自動執行傳統面對面討論的審議會議當中經由主持人邀請參與者回應的任務，而且可以同時把回應邀請傳送給被引用的多位使用者，類似的設計也是科技工具的潛力之一。

Wright (75)從文獻中指出一些關於平等面向的潛力所在，其重點在於促使更多人參加討論，這部分主要意指人們可以利用工作上學以外的閒暇時間，花費更低的成本發表己見，不須特意在既有行程安排空檔，同時也更方便聆聽其他人的觀點，這樣的好處在於透過促進參與，原本無法參與對話的人們也能夠參與討論。至於前一段提到網路科技工具可以促進持續對話，這也就是謝宗學(39)提到的「時空壓縮性」，他同樣認為如此可以「擴大參與範圍和機會」，同時也可以促進公平，避免人們因為時間或空間上的限制，而沒辦法配合、加入或有效參與討論。

至於「匿名性」是否也有助於討論，在文獻上則較具有爭議，有些學者認為可以促進平等，但也有研究者認為記名、揭露更多個人資訊，可以增加誠摯性，有助於說理。Janssen and Kies(48)爬梳過去的相關文獻，發現部分研究認為匿名可以促進人們更勇於發表個人的真實立場，然而具名可以讓人們為自己的言論負責。謝宗學(39)和黃東益等人(24)則表示科技工具開放使用者匿名的功能，除了可以降低各種標籤伴隨的不平等，或是讓少數意見不敢發聲，也可以促進審議的平等。與之相反的是，Dahlberg(60)研究美國明尼蘇達州的線上民主論壇時，發現該論壇成功的關鍵其實是具名：參與者參加論壇時被要求具名發表，每筆貼文皆會列出發文者的真實姓名、居住地和電子信箱，並且嚴格禁止冒名頂替，實施之後，缺漏基本個人訊息的發言者便會受到挑戰，人們也不能將一個無從查證或錯誤的資訊放任不管，這幾點都有助於查證；而且除了具名之外，每筆貼文皆會顯示參與者的居住地，Dahlberg 認為這同樣會帶來好處，當參與者分享居住地所發生的事情，其他人（尤其是同一個地方的居民）可以互相查核，甚至是予以駁斥，然而也可以附和論述，增加論點的可信度，同時說明這些事情對於當地居民的影響，如此具名和提供其他個人資訊，除了加強社群規範的約束力，更促成核查資訊正確性、促進參與者進行更誠摯的討論。

綜上所述，在具體設計與應用的層面，「容許參與者稍後提出論點」、「易於提出關於事實的問題」、「建檔與搜尋」、「便於引用」、「鼓勵對話持續」、「降低參與者在時間安排上的成本」，是審議民主論者所觀察到的科技工具潛力。然而個人資訊採取匿名或具名或效應，在文獻上則呈

現分歧的看法。

二、其他設計上的支援機制

以上提及的潛力若是要能充分發揮，除了在技術上增加功能（例如：搜尋或引用），更需要其他設計上的支援。以下我們將討論的內容在傳統面對面的審議中也會出現，目前已有文獻在使用科技工具的前提下，特別分析這兩者的貢獻。

針對這個部分，Dahlberg (60)特別提醒「審議守則」(guidelines)的重要性：所有的參與者都必須閱讀的規則，部分是原則性、軟性的勸告，例如提醒參與者清楚地呈現自己的論點，並且仔細閱讀別人的意見，不需要急著回應，進而促進反思；有些則是正向的行為指引，促進大家以互相尊重、共善的方式進行溝通。最後，也存在一些硬性的規範，例如要求每位參與者的發言頻率，一天最多只能張貼兩則貼文，避免論壇被少數人主導所帶來的不平等，即使如此，他發現發言頻率仍然存在種族、性別上的差異，但這個規則設定了「天花板」，避免發言情形更不成比例——這個部分在傳統審議上，是由審議主持人在討論過程中主動介入協調，然而在科技工具上則是可以自動設定、一體適用。

而 Janssen and Kies(48)和 Wright(75)皆不約而同指出即使是使用網路科技工具的審議，主持人仍然扮演舉足輕重的角色。Wright(75)認為主持人這個角色主要的任務有二個：確保參與者互相尊重（刪除或修改嚴重違反審議精神或是違規的貼文），以及導引討論、適時介入發言避免失焦。否則，科技工具得以讓許多人同時發言的特質，反而會降低審議的品質，導致討論的零碎化。Janssen and Kies(48)整理過去的文獻，還說明主持人的兩重角色：一個是發言引導參與者注意論壇上（尚未被妥善回覆）的少數意見，第二個則是提供相關的背景資訊，提供全員參考。至於結合科技工具之下，主持人引導的形式就會按照軟體設計而定，Wright(75)特別指出設計者必須思考主持人在事前還是事後審查貼文，兩者都有其優缺點：事前審查的缺點是可能會對討論的進行造成阻礙、干擾或延遲參與者之間的回應，而事後審查（傳統上的面對面審議，主持人採取的方式比較類似於事後審查，因為要等待參與者發表完意見才能介入），則是可能發生一些嚴重干涉審議品質，甚至是加強不平等的具攻擊性言論已經被說出來傷害他人。Janssen and Kies(48)也警告，若是主持人被參與者認為具有攻擊性，特別是以責備的方式進行審查，明顯會降低成員互相討論的意願。

第四節 如何應用科技工具與公民審議

上述討論圍繞在科技工具如何促進審議的潛力，還有設計方式背後的原理，在現實層面，這些潛力和原則究竟如何實施？以下將呈現和分析文獻所提及的應用型態，這些應用型態都是希望直接運用科技工具建立「獨立」的平台，已經脫離傳統面對面審議的形式。由於本報告是從審議民主的理念出發，在彙整資料方面，主要的分析重點為真正有保持最低限度互相討論的平台。本報告並不分析單純的發表或投票、連署、進行「民調」等機制，也不討論新媒體使用網路科技互動所生產的新聞內容（後者雖然有新聞上的價值，在某種層面也許可不同意見的呈現，但並不是為了試圖互相說理、達成共識結論而產生的辯論，因此不屬於本報告所要討論的審議範疇）。

本報告將應用型態分為兩種，一種是直接「繼承」線上既有的討論形式，亦即網路論壇，再佐以議題設定、主持人角色等特定的設計，按照設計目的加以改良，目前有較多文獻討論「繼承」類型的嘗試、甚至已經將網路科技工具結合審議和使用網路論壇畫上等號。而另一種的應用型態，則是「移植」原有的審議民主模式，例如審議式民調，以類似的設計為出發點，以相同的價值理念為基礎，移植到網路平台上，主要的目的是增加輔助功能，或者降低成本。

一、網路論壇

網路論壇「繼承」（直接運用）網路上既有的溝通平台相關技術，論壇是最直接和直觀的應用形式。其著重的點在於，此類平台提供使用者可以回應別人的貼文或是自行發文討論的管道（部分宣稱是論壇的網路平台其實未開放回應功能，參見國家發展委員會(11)；這種論壇並不算是審議討論，因為未達到審議最低限度的要求），參與者除了不需馬上回覆，論壇也同時有多個發言串同步進行以供參與者討論，參與者也時常自發性加入各種討論。這些論壇在主持人所扮演的角色以及功能（例如建檔、搜尋、引用）等面向或許略有不同，但核心的共同點圍繞在由使用者發文和回覆其他人張貼的貼文。Wright (75)說明論壇的特點是對於使用者來說較為直觀好上手、發言較為簡單。至於在發文權限這方面，呈現出光譜兩端：一端是非結構性的、將發文權限完全交給使用者決定；一端是具有結構性的、由政府或是主辦單位決定要討論的政策議題，並且在每個議題版面上提供政策資訊，請參與者就特定面向和提問發文；而在光譜兩端中間，存在各種混合的設計，例如結構性與非結構性混用，例如如果使用者發現自己有興趣的議題或面向沒有在原先的版面上，可以另外在特定版面發文。

然而 Janssen and Kies(48)整理的研究結果，發現論壇並沒有尋求共識、追求結論的動力，即使是受過高等教育的人，他們所參與的論壇也時常淪為是各自表述。有鑒於此，他們引用 Nancy Fraser 的分類，指出類似論壇的線上討論空間存在強弱之分：較弱的討論空間，會發生以下情形，人們並不期待自己的觀點被別人認真思考和閱讀，甚至根本沒有看過，同時他們也不覺得這種討論可以產出具體的成果，所以便更沒有動力回應不同的觀點，或是提出更完整的主張。Janssen and Kies 認為加強論壇的方法有兩個：一個是推動討論方式的制度化，由主持人和「編輯團隊」不時補充新的背景資訊，以及整理更新參與者各式論點的摘要；第二是使參與者看到掌握決策權的外部人士（尤其是政治人物）在論壇當中確實活動。他們綜合統整數個針對法國與英國網路論壇的研究經驗，發現主持人提供越多相關資訊、摘要參與者的論點，還有政治人物越是認真討論，人們會更傾向寫出內容更多、更為說理、更縝密、也更認真回覆別人的發言，同時也更願意徵詢其他公民的看法和立場。

事實上，如果我們如此理解論壇的範疇與定義，那麼過去的研究和一般所討論的各種型態，其實都是論壇的變體：以主題進行劃分，像是 Janssen and Kies (48)討論的一般性的政治論壇，還有政府官員代表也可以參加的政策諮詢論壇，或是 Wright(75)所提到的以政策作為單位，由政府舉辦並提供政策資訊的政策論壇，自由發文的「我有話要說」(“Have your say”)論壇；又或是 Dahlgren (71)提到的以參與者劃分，由倡議者主持（屬於較為同質的倡議者）的行動政策和議題的討論，由官員主持的 e 政府，由普通網友參與的一般性政治論壇，由普通網友參與，但是以生活議題或文化或身分認同為主題卻同時涉及政治的論壇，由新聞媒體主持的新聞議題討論論壇；儘管個別的論壇設計和規則可能略有不同，但大致上都是屬於論壇的型態。

或許正是因為如此，Schutz 2000、Tsaliki (61)、游明儀(26)、謝宗學(39)、羅晉(41)、楊建基(29)、王國政和柯炳式(1)、鄒佳宏(20)、張惠堂和李威翰(17)等國內外部分研究在討論審議與網路科技工具，時常已經預設科技工具融入審議將會採用論壇的形式，將在界定研究範圍、或是操作化的層面，直接以各種論壇的形式（包含使用既有社群網站平台、以及另行架設網頁）為出發點。縱使這些研究有各自不同的提問和關懷，但是都將科技工具融入審議和使用網路論壇、以論壇當作審議的平台畫上等號。例如游明儀(26)在理論層次上擔心論壇可能出現匿名冒充，經常只是匯集意見相同的人，對於審議討論沒有助益；謝宗學(39)一樣以理論討論出發，他指出網際網路的五種特質（分散性、多元性、互動性、時空壓縮性、化名），建構出不同的「網際民主的重要介面」，一樣都是建立在對於網路論壇的想像上，例如互動性就是論壇上得以「進行一對一、一對多、多對多等不同形式的溝通互動」，化名更是論壇的特點；以較為近

期的經驗研究來看，羅晉(41)指出蘇花國道的論壇上，參與者雖然願意持續討論且參與程度高，但時常在各自發言的情況下，成為沒有彼此說服、說理的「無效」發言；張惠堂、李威翰(17)探討的就是地方團體使用既有社群網站為平台，促使參與者互相討論、交流資訊、形成監督政府的力量。

二、移植既有的審議模式

縱使如此，論壇並不是科技工具融入審議唯一的方式，先前提到的「移植」，即為 Wright(75)使用網路平台進行審議式民調或國家發展委員會(11)所運用的線上公民小組，這可以說是相對於論壇的另一種形式。此類嘗試都不是以網路論壇形式為出發點，而是試圖改良既有的面對面審議的形式，採取與「傳統」審議模式相同的價值、目標，甚至使用大致相同的設計，差別在於經由融入部分的網路科技，藉此改良原先可能遇到的問題。

舉例來說，把審議式民調 (deliberative polling) 轉移至網路上，可以大幅降低成本。審議式民調原本是九零年代由 James Fishkin 發展出的審議民主公民參與模式，和民調相同的是，最終希望公民於明確的政策選項中 (例如：不同的政策方案抱持贊成或是反對的意見等) 選擇自己的偏好，藉此了解意見的分布。因此選擇參與者的方面，可能採取被動受邀參與者以獲得大規模的代表性樣本；但是和傳統民調不同的是，公民關心的是充分閱讀資訊和討論後人們的想法，而不是在沒有了解相關資訊和審議下的普遍意見，因此審議式民調並非直接訪問民眾，而是希望藉由事前閱讀議題資料、與專家詢問對答、和抱持不同意見的公民在小組中互相說服嘗試說理等審議的過程，使參與者在審議後表明自己的立場，這部分可以參見 Gastil & Levine(59)。原本，這個模式可能要邀請上千人 (考量到回絕的比率，甚至需要聯繫更多人)、支出出席費、將參與者在相同時間邀請至相同的地點，聆聽專家學者的演講後、分組和受邀的專家學者與談、還有互相討論，這個過程中所費不貲。但是 Wright (75)也談到如果徵得參與者同意，以發送線上會議連結的方式，請他們使用網路平台與同組公民、專家學者互動，不但可以達到相似的結果，在花費的部分也能大幅降低，包含場地費還有原本預計支付的報酬。在具體的流程設計中，部分設計者甚至希望網路審議民調更加貼近面對面審議，所以並非使用文字的方式進行，而是運用同步語音，藉由這樣的方式，促使互動情感與共同理解的產生，也避免較書寫能力較差的參與者在表達己見時受到侷限；研究發現如此一來，這樣的「成效」(人們被「說服」、改變自己的看法的比率) 僅會略微低於面對面審議民調 (ibid.)。

國家發展委員會(11)推行的線上公民小組 (e-panel) 的做法也和上述模式類似，一樣是利用

公民諮詢會議的方式，只是將其「移植」到網路上、以降低需要同時同地聚集參與者跟專家、官員邀集的時間和交通成本；除此之外，e-panel 甚至可以利用資訊科技，以迅速、近乎同步地使用視覺化方式呈現不同論點，這點雖然在傳統面對面審議中也可以進行（例如主持人或是參與者以抄寫或是口述的方式呈現論點），但是藉由科技工具的輔助下得以更為系統性、清晰地呈現。不過，台灣目前的實驗平台 vTaiwan，在許多方面上並未完全比照既有的審議民主公民參與模式進行，比如是兼用即時與非即時的發言模式，參與者主要是自行主動加入等；如同本報告第二節所論述的，該報告在估計方案優劣成敗時，是以個人主義自由主義的角度作為出發點，討論各種方案對於政府部會「議題管理」、「提早偵測」的幫助，在此不另外贅述）。

綜上所述，在線上審議式民調的實際經驗中，除了直接繼承網路論壇、社群網站論壇這種方式以外，另一種思考的模式，則是移植原有的面對面審議模式，這種模式不直接完全採用科技工具上既有的互動模式，包含非同步發表觀點、以文字為主的溝通模式、互相吸引的「同溫層」、自動自發加入討論、即使有管理者也少有直接主持等型態，試圖利用科技工具降低成本，加以改善原有的問題。

第五節 使用科技工具可能面臨的阻礙

在上一節的分析當中，我們區分並且分析了繼承與移植兩種科技融入審議的方式，這樣的討論方式有其優勢：在既有的研究中，學者分析網路科技工具結合審議的困難時，即使在規範性層次上是從審議民主的觀點出發，其發現或預見的阻礙往往是以網路論壇作為基底，也就是預設設計者以「繼承」的方式使用科技工具。儘管如此，這些分析仍然具備其參考價值：對於本報告所提到的「繼承」論者而言，這些分析提及許多值得考量、應該經由實體設計避免的問題；並且對於「移植」的實踐者，也得以藉此反思，縱使是移植，只要使用網路科技是否就會面臨類似的問題；最後，對於政策設計者來說，這些討論的結果是更為重要的參考，更可以了解根據不同的目的、網路科技工具所帶來不同的效果。

網路論壇在研究中經常被討論的困境之一，即是討論未必可以導向「尋求共識」，而僅是變成各自表述，導致這種狀況的原因，一方面是參與者每次發言之前未必會認真聆聽別人的觀點、並且給予回應；另一方面，因為如此參與者沒有意願與別人達成最後的結論和共識，而這兩點正是審議討論尋求的結果和過程。這點在 Janssen and Kies(48)提到的「弱審議空間」中更是如此：參與者認為自己的意見不受到重視，也不會有實質意義，因此也沒有動力努力去說理和試圖說服別人，或者去聆聽別人的意見，在反思之後試圖回應，所以特別容易出現所謂的「互動

式獨白」。論壇式的設計，使得參與者不需同步、即時和其他人空出同一時間發表己見，而且便於抒發己見，但是也因為如此，反而更容易使參與者更像是在準備獨白，而不像是面對面與他人進行互動和討論；此外，由於不像面對面互動時，需要等待對方說完話，並且聆聽對方的觀點，也就增加了感受到對方聆聽自己的意見的難度。Janssen and Kies (48)和 Wright (75)都提到既然難以獲得真正的互動和討論，隨之取代的便是類似意見的互相加強，也就更有極化的風險。關於這點，黃東益等人(24)將「非同步性」列入科技工具（論壇）結合審議的優點之一，但這點只是便於發言，未必能夠有效轉譯成審議的品質，甚至有時候可能會適得其反。

另一方面，陳敦源等人(14)指出結合網路科技工具，特別是論壇，並不同促進平等和多元的討論；而是要經由網路科技工具促成觀點的多元和參與的平等，這點所面臨的是和面對面審議不同的挑戰。面對自發性參與的論壇，參與線上討論的人們，需要具備一定程度的網路使用技巧和習慣，而且這些人往往是原先就有相關公眾討論經驗的人。換句話說，願者上鉤式的參與方式，用陳敦源等人(14)的話來說，往往只是「強化」而不是「驅動」人們參與，這使得本來就擅長使用網路、習慣「公眾接觸」（如朋友間的政治討論、拉票、抗議、投書）的人有額外的交流與發言平台；如此一來，社會不平等便經由政治參與程度的差別和數位落差而更加強在網路平台上。換句話說，科技工具不但反映了現實中的不平等，更成為原本既有的社會不平等得以運作的管道，設計者必須特別處理此處所產生的落差。而縱使這些人得以參與論壇（不論是否按照設計者有意的篩選或邀請），此類不平等的問題也仍然可能繼續，甚至還有其他內部不平等的情形，許多的網路論壇的研究紛紛指出，最顯著的例子可能是 Dahlberg(60)所討論的美國明尼蘇達線上民主論壇，即使設計嚴格的規則，要求參與者每日的發文上限為兩則，然而在貼文的數量上白人男性不但超越其他群體，更重要的是，在質的面向，許多線上討論串都成為具有「對抗」意味的討論，Dahlberg 指出除了白人男性以外的其他群體（特別是女性）即有可能因為討論型態的演變而吝於表達意見，即使他們親身參加論壇，但是卻比較沒有意見參與討論或是試圖說服他人（由於達成共識並非是這些論壇的要求，我們也無法得知和判斷參與者影響「結論」能力的差別、或者是否大致上相同）。雖然 Dahlberg 的研究並沒有確切說明網路科技的哪些特定性質更容易導致這樣的問題，但仍然是個有效的提醒，即使參與者都進入了討論空間，科技工具的設計所引導的討論氣氛，仍然可能造成內部的不平等；參加紐約時報所主持的議題討論論壇的參與者，更發現當使用者登錄之後，發言的總是特定的同一群人，論壇上各個版面都可以發現牠們的蹤跡，甚至他們在其他論壇的行為模式亦是如此，即使他們所說的未必毫無道理，但是這樣的行為已經讓其他參與者認為自己人輕言微，參與的意義不大，這並

不是他們所預想的討論（因此，他發現參與者在十個月內，留言中位數是 25，但平均數卻高達 89 則，因為存在少數高頻率發言的參與者——最高甚至達到 1500 則——拉高平均值，而透過訪談他也發現，這一群人也的確降低部分其他參與者發言的意願）。此外，而在不同群體之間在發言次數上的差異也值得研究者和設計者注意。

此外，網路科技工具、特別是論壇形式的長期持續與非同步的性質，雖然某些研究者認為這是潛力的特質（見第三節），但是也可能會帶來新的問題：如何讓審議討論的持續奠基在事實上。對於審議民主論者來說，除了追尋不同群體間的多元平等，也希望促進基於事實而說理的討論形式，因此邀請學者、相關官員、專家的參與（甚至最好是抱持不同意見的專家，避免有引導的問題），並且在與談之外也接受參與者的詢答，審議的設計者和主辦單位也時常在會前撰寫閱讀手冊、就議題觸及的各種面向呈現各方論點。但是假設是論壇的形式，不但很有可能沒有預先設想的一套固定「議程」，而且更重要的是，缺乏固定開始與結束的參與、經常預設長期性、這都提高了外部參與者想要加入的門檻：Janssen and Kies(48)就指出，政治人物或政府官員參與回應、持續關注論壇是一件相當困難的事；而媒體記者（例如紐約時報的媒體人）連引用自己文章的版面，以及自家報社的討論論壇，都鮮少造訪，更何況是持續參與討論。

最後，網路科技工具和其他科技工具的開發與維持都需要大筆資源和經費，Dahlberg(60)提出明確的警告，如果商業力量經由直接主導或是以贊助廣告的方式「支持」，都可能於實際上、以及參與者眼中對於自主性造成威脅。

第六節 討論與結語

在本章當中，經由整理過去的研究文獻，我們的分析可以歸納為以下幾個層次：規範層次的部分，建構政策效果評量指標時，首先必須釐清不同民主陣營立場的差異，尤其必須區別自由主義個人主義立場和審議民主立場：審議民主追求的是透過多元且平等的說理試圖互相說服、追求共識。而不是讓人們各自表述、讓政府機關理解個人或群體可能的觀點，並給予回覆。

在設計層次的方面，過去的研究認為科技工具的潛力包含「建檔與搜尋」、「鼓勵對話持續」、「方便提出關於事實的問題」、「方便引用」、「容許參與者延後提出論點」、「降低參與在時間安排上的成本」，網路科技工具的發展提供一些新的方式達成以上的目的，包含全文引用、搜尋的功能，還有在不干擾其他對話下同步提問的設計，平台程式自動代替主持人提示參與者回應等等，而設計者同時也必須考量具名或是匿名為議題討論所帶來的效果差異。除此之外，文獻也指出主持人與審議規則的設計，都是結合科技工具是否成功的關鍵因素。

至於應用形式的層面，本報告的建議為關於形式的討論區可以分成兩種：一個是將已經具有雛型的審議模式「移植」到網路平台上，可以達到降低成本、增進功能、和解決問題的效果；另一個則是直接「繼承」網路論壇的形式，也就是論壇形式的變體。我們同時察覺，過去許多研究在探討科技工具結合審議時，都會預設採取繼承的模式，但其實文獻中已經存在將審議式民調和公民諮詢會議移植到網路平台上的實際案例，藉由使用科技工具進而大幅降低金錢成本和對參與者的不便，或是經由迅速即時的視覺呈現和觀點整理促進討論深度，而取得類似的成效，同時也有效避開直接繼承論壇形式而衍生的各式問題，例如未必能夠以達成共識結論為導向。

這些相關問題包括由於參與者覺得審議空間較弱、因此認真說理未必有用，進而導致的發言品質降低、甚至出現極化等問題；除此之外，自發性的參與機制可能也會導致新的不平等問題，特別是在數位落差下對於科技熟悉程度所造成的差異；至於參與者之間在發言次數的落差和不平等，以及形成固定的發言氛圍或模式後，對於特定群體產生的排擠作用，也值得各方主辦單位和開發者深思。另一個論壇形式的重要隱憂，是來自於論壇其中一項的潛力：非同步性代表討論可以維持很長的時間，甚至沒有明確的開始和結束，這點讓設計者難以維繫重要的外部參與者（例如：專家學者、政府官員）的持續參與。最後，科技工具的開發及維護的成本，也代表需要有獨立的資源支持者，讓發言得以自主、並且讓參與者相信該平台是自主公正的。

本報告並沒有完全反對「繼承」的應用型態，相對地，網路論壇的可能性非常多樣，也可能提供參與者難得的學習、說理、討論、甚或行動的機會，近年許多新媒體、民間組織和政府機關採取新興模式的公共論壇，非常值得進一步發展；但是根據上述的分析中，我們也可以察覺，網路科技平台並非是萬靈丹，重點其實是，直接承繼論壇的討論模式無法完全取代傳統面對面的審議，而且論壇也存在特有的問題和困境，例如參與者的多元和平等、匿名和具名等設計問題，以及最重要的是缺乏共識導向的問題。上述的隱憂揭示了一件事，亦即我們對於網路科技工具結合審議的想像，不應該侷限在繼承的模式，同時也可以嘗試以即關注各種「移植」的方式，並且同時思考如何有效提高討論品質、降低成本、並且以網路論壇作為借鑑，避免網可能衍生的各種困境。除了繼承與移植之外，同時也提醒我們反向思考「輔助」的問題：也就是說，除了將原本的審議討論模式移植至網路平台，其實也可以思考使用網路科技（特別是移植後發現的那些對討論特別有助益的科技工具）輔助面對面審議討論的可能性。例如使用科技工具幫助呈現參考資料，或者藉由科技工具迅速、甚至是同步彙整先前討論的觀點，藉此提高引用的效率和互相回應的品質等等，這也是未來相關設計者可以考慮發展、實驗，甚至是投資

的方向。

今年由於 COVID-19 疫情因素，「大學招生專業化發展-學習歷程檔案審議計畫」已經採用電子化方式蒐集公民意見，其使用的科技工具為 Google meet，Google meet 的門檻較低，介面也易於上手，小組討論的切換在技術層面也可以達成。雖然的確出現數位落差的情況需要考量，但是只要確保工作人員和參與者皆有數位介面的話，再交由訓練得宜、注意細節的桌長主持會議，同樣可以進行審議民主的討論。計畫團隊認為以此模式套用至複雜之健保議題，作為審議費率或協商總額之參考，其可行性方面絕對沒有問題。

第五章、計畫相關籌備

本計畫的重點之一在於運用審議民主公民參與模式，舉辦至少 1 場具有實驗性的公民參與活動。並且針對健保署提出的費率或財務平衡方案併案審議內容，包含擴大費基、部分負擔、補充保險費等，影響健保財務收支相關的措施，蒐集和彙整公民意見，例如：方案對家計單位經濟負擔的影響、民眾就醫行為的改變、負擔公平性、民眾可負擔能力等，藉此評估方案的可行性，讓健保制度更臻完善，也符合民眾真實的需求。

每個審議民主計畫的推動都需要一個籌備階段規劃，用來進行各種的計畫宣傳以及各式事項的溝通，以利後續的計畫和公民審議會進行。我們以前五個月作為計畫的籌備階段，在這個階段，我們委託設計師完成主視覺的設計，也建立了臉書粉絲專頁，希望此次所規劃的實驗性公民參與活動(健保費率公民審議會)可以更加順利招募參與公民。除此之外，蒐集各種健保相關資料也是重點之一，一方面藉由整理和爬梳這些資料以找到最適合本計畫的公民參與模式，另一方面也是為了撰寫淺顯易懂的閱讀手冊，供前來參加公民審議會議的民眾事先閱讀，希望讓民眾在知情的情況之下，進行更有深度和廣度的討論。從計畫的第六個月開始，雖然 COVID-19 疫情仍然嚴峻，但是考量到本次公民審議會所追求的意見異質性，以及避免排擠部分民眾的參與機會，本計畫團隊仍以舉辦實體會議為主。我們著手進行參與者招募的同時，也同時準備視訊會議的備案，以備不時之需。以下將分別說明公民審議會議的活動籌備與規劃、實際執行過程，最後提出建議和未來可能方向。

第一節 計畫宣傳

計畫宣傳的部分主要分成建立粉絲專頁、主視覺設計以及公民審議會議的活動宣傳。為了提高本計畫和公民審議會議的能見度，在進行比較各種宣傳管道的效果之後，由於科技和網路的快速發展，各個年齡層的民眾在日常生活中接觸到網路的機會都不少，再加上粉絲專頁的建立門檻低，但能見度卻很高，因此我們決定建立粉絲專頁，廣泛宣傳本計畫的審議理念和說明後續活動設計與流程，希望提高全國民眾的報名意願。另一方面，則是透過與本計畫相關辦理資訊的公開，期望社會大眾能夠更加理解全民健保制度之處境，關心健保議題，並理解公民審議是一個有效收集相關意見的溝通模式。

本計畫專屬的粉絲專頁名稱為「健保財務平衡公民審議會」，此粉專為開放性質，並由計畫團隊內部人員共同擔任管理員，以利即時回應民眾訊息，以及更新貼文內容。我們也透過轉貼分享至醫療相關粉專、推廣貼文等方式來擴大粉專的按讚數量，希望觸及更多民眾。



健保財務平衡公民審議會

@nhidd2021 · 活動

✉ 寄送電子郵件

首頁 社團 工作機會 活動 更多 ▾

👍 已說讚

💬 發送訊息

🔍

⋮



關於

[查看全部](#)

大家好！我們團隊受衛生福利部的委託，將於10月舉辦健保費率公民審議會，希望蒐集全台灣民眾對於健保議題的意見，作為未來制定政策的參考。

8人說這讚，包括你的5位朋友



8人在追蹤

發送訊息

✉ nhidd2021@gmail.com

活動

編輯建議

這是健保財務平衡公民審議會議的正確類別嗎？

建立貼文

📷 相片 / 影片

📍 打卡

👤 標註朋友

置頂貼文



健保財務平衡公民審議會

5月19日下午8:48 · 🌐

大家好！我們團隊受衛生福利部的委託，將於10月舉辦健保費率公民審議會，希望蒐集全台灣民眾對於健保議題的意見，作為未來制定政策的參考。

我們誠摯邀請大家一同關注健保議題！有任何最新的消息都會在這裡發布，歡迎按讚追蹤設定「搶先看」以便及時接收最新消息！

👍❤️ 張雪雅、陳重安和其他2人

👍 讚

💬 留言

🔗 分享



留言.....

😊 📷 GIF 🗨️

而主視覺設計是傳遞計畫理念非常重要的一環，我們邀請經驗豐富的設計師為本計畫量身打造主視覺，由於全民健保和大家息息相關，因此設計師在設計的概念上特別強調多元族群的意見與眾人共同討論的呈現。主視覺的視覺突顯人民同舟共濟、分散風險的形象，而圖中人人手上的「方塊」代表各族群的意見，共同推疊出健保 Logo 意象，象徵審議民主在討論的過程中追求共善的精神，除此之外，為了避免以特定生理外觀來呈顯跨性別族群，故以彩虹色熱氣球載運方塊隱含多元性別的包容性。

本計畫之主視覺設計



第二節 定期召開內部工作會議

本計畫團隊也多次召開內部工作會議，確定各項計畫以及會議辦理的執行細節，並且邀請本計畫之常設諮詢專家—台北大學社會學系的葉欣怡教授和中央研究院社會學研究所的曾凡慈教授提供意見（常設諮詢專家之發言摘要詳見附錄五）。每次工作會議約進行 1 至 2 小時，針對目前計畫的執行成果和執行進度進行檢討和修正，並確認後續各項工作的流程與分工。每次工作會議皆有重點確認事項，包括閱讀手冊之架構、閱讀手冊內容討論、公民審議會之相關規劃、公民審議會之招募與宣傳、公民審議會備案之討論、公民審議會前會等等。在確定公民審議會之主持人後，我們也邀請兩位審議主持人與工作團隊召開前會。在「前會」當中，我們除了先行提供可閱讀資料供幾位會議主持人參考之外，更與審議主持人一一確認議程細節、注意事項以及健保議題的理解程度。

第三節 議題資料的蒐集與撰寫

在籌備公民審議會的期間，我們積極投入議題資料的蒐集與撰寫，最終將撰寫出一本關於健保議題的可閱讀資料，裡面包括計畫起源與規劃、會議手冊的使用方式、何謂審議民主、以及對於健保議題本身的介紹、完整資訊、多元觀點與正反立場。此外，我們也透過 Q&A、名詞解釋方塊、虛擬故事、排版設計等多元方式的呈現，降低閱讀的門檻，讓參與者閱讀更加輕鬆。此外，我們會特別運用遣詞用字、份量拿捏、排版設計等作法提高其可讀性。一場兩日的會議，我們準備了約莫 60 頁的可閱讀資料(或稱會議手冊)，可閱讀資料在會議正式辦理前 7-10 天寄送給二十位公民代表先行閱讀，增加他們對於議題本身的掌握度，以及補充他們對於健保議題的熟悉度。除此之外，我們也會提供幾個本次公民審議會適合討論的議題，例如：1. 本次費率調整為 5.17% 及未來費率調整。 2. 調整藥品部分負擔、調整門診部分負擔、增加檢驗與檢查部分負擔、取消重大傷病免部分負擔、取消停復保制度等健保改革項目。 3. 對家計單位經濟負擔的影響、民眾就醫行為的改變、負擔公平性、民眾可負擔能力等。期待達到拋磚引玉的效果，促進更為深度的討論。在準備相關資料的撰寫時，若有需要，我們也將透過諮詢議題專家的方式，來補充本計畫對於議題的掌握，讓可閱讀資料更臻完善。會議手冊之完整內容詳見附錄六。

第四節 規劃公民審議會

本次的「健保財務平衡公民審議會」於10月2日、3日在台灣大學社會社工系館401會議室舉行。本場公民審議會議的公民小組總共是20人，並須全程參與兩日會議。之所以會安排兩日的會議，是因為健保議題涉及層面較廣，且需要更深入地討論。另一方面，由於平日較多數的社會人士需要上班，而學生族群也要上課，在週末舉辦可以吸引更多年齡層的民眾共襄盛舉，同時也不會耽誤他們日常生活的既有行程，期望能讓更多不同意見在公民審議會議當中互相交流。

健保財務平衡公民審議會議第一日議程

時間	議程	說明
09:30-10:00	報到	
10:00-10:30	開場與自我介紹	會議主持人 國立清華大學社會學研究所 林祐聖教授 國立臺北大學社會學系 黃鈺祺
10:30-11:00	審議民主與會議資訊介紹	計畫主持人 台灣大學社會學系 林國明教授
11:00-12:30	演講(一) 台灣健保制度的整體狀況	國立陽明大學衛生福利研究所 李玉春教授
12:30-13:30	午餐時間	
13:30-15:30	演講(二) 健保制度的財務狀況：開源與節流	國立臺北護理健康大學健康事業管理系 曲同光教授
15:30-17:30	與專家對談(一) 議題一：健保支出面如何節流	會議主持人 國立清華大學社會學研究所 林祐聖教授 國立臺北大學社會學系 黃鈺祺 與談人 1. 長榮大學醫務管理學系 黃偉堯教授 2. 臺北榮民總醫院醫務企管部 李偉強主任 3. 國立臺北護理健康大學健康事業管理系 曲同光教授 4. 台灣社會心理復健協會 滕西華理事長
17:30-18:30	晚餐時間	
18:30-20:30	議題一內部討論	會議主持人 國立清華大學社會學研究所 林祐聖教授 國立臺北大學社會學系 黃鈺祺

健保財務平衡公民審議會第二日議程

時間	議程	說明
08:40-09:00	報到	
09:00-12:00	與專家對談(二) 議題二：健保收入面如何開源	會議主持人 國立清華大學社會學研究所 林祐聖教授 國立臺北大學社會學系 黃鈺祺 與談人 1. 長庚大學醫務管理學系暨企業管理研究所 盧瑞芬教授 2. 衛生福利部社會保險司 商東福司長 3. 中華民國工商協進會 李永振監察人 4. 台灣醫療改革基金會 劉淑瓊董事長
12:00-13:00	午餐時間	
13:00-15:30	議題二內部討論	會議主持人 國立清華大學社會學研究所 林祐聖教授 國立臺北大學社會學系 黃鈺祺
15:30-15:50	午茶時間	
15:50-17:30	內部討論與推派主筆人	會議主持人 國立清華大學社會學研究所 林祐聖教授 國立臺北大學社會學系 黃鈺祺
17:30-18:00	頒發感謝狀；填寫後測問卷	計畫主持人 台灣大學社會學系 林國明教授 健保會同仁

議程安排如上方表格所示，總共分為兩個議題，主要是以公民小組的討論為主軸。本計畫團隊於8月開始招募公民代表，在報名截止後，在從全台所有的報名者中，依據人口特質進行分層隨機抽樣後抽選出20位公民。為了追求討論品質，公民小組僅由20位民眾組成，希望能夠確保每個人都有足夠的發言時間。另一方面，本計畫團隊經由人口特質的分層隨機抽樣，利用這個方式得以確保公民代表的異質性，舉例來說，性別、教育程度、居住區域、年齡上都盡量廣納相異特質的民眾，因此能夠在討論過程中，提出多元觀點與想法，相互補充提醒與激盪。本次公民審議會會議在台北舉行，為了廣邀全國民眾踴躍報名，以及確保各區域報名者均能夠有平等機會參與，不會因為會議辦理地點而降低其他區域的報名動機，公民審議會將支付其他區域參與者交通費，和提供會議期間之住宿費。

至於討論主題的部分，目前設定為健保制度如何開源和節流，並且於第一天上午安排兩場演講，主題分別是「台灣的健保制度」和「健保制度的財務狀況：開源與節流」，讓參與的公民

可以對於健保議題有更加全面深入的理解。目前演講人和與談人都是以待邀請的形式呈現，詳細的邀請名單待與健保會之工作會議進行更加詳細的討論與確認。在邀請與談人的時候，我們也將主動說明審議民主之精神和原則，在這個階段的與談人，希望能夠由自身的立場經驗和觀點出發，提供 20 位公民小組相關資訊。與談人的邀請對象非常廣泛，不僅是專家學者，也可能包括民眾代表(如特定病患)、團體代表等。在與專家對談的階段中，與談人僅針對公民小組關切的議題進行簡短的自身意見陳述，隨後便進入與公民小組的問答和交流階段，其目的是讓公民小組對於議題的多元立場有更多的掌握與認識。

此外，公民審議會中也將安排許多的公民小組成員內部討論階段，在內部討論階段中，我們邀請經驗豐富的審議主持人帶領 20 位成員進行討論，讓公民代表發表自身觀點、相互聆聽、達成對於不同議題的共同決定。當公民代表之間無法達成共同意見的觀點時，則是將不同意見記錄下來，並陳列於最終的意見報告書中。簡單來說，相關內部討論將會依循著審議民主的原則與精神加以進行。在正式會議第二日的下午，除了安排公民成員最後的綜合討論外，也將請成員推派幾位意見報告書的主筆人，以及進行簡單的小組分組，在工作人員的行政協助下，最後完成能夠代表所有公民代表共同觀點的「意見報告書」。

最後，公民代表皆確認過意見報告書的內容，本計畫團隊在取得大家的同意後，每位公民代表將簽下名字以示負責。我們則將於公民審議會的最後一個環節，頒發感謝狀給特地來參與的公民代表外，也安排一個簡單的儀式，邀請健保會代表象徵性的接受公民小組成員所遞交的意見報告書，以體現對於民眾意見的重視。

第五節 定期召開工作會議

為了有效落實計畫進度控管，本計畫定期召開工作會議，原訂兩個月召開一次工作會議，但因為今年 COVID-19 疫情的影響擴大，因此拉長召開工作會議的間隔，期間將佐以電子信箱和電話進行計畫相關事項、工作內容和實行進度之討論，目前已於 110 年 3 月 8 日召開第一次工作會議，於 7 月 9 日舉行第二次工作會議。

110 年 3 月 8 日之工作會議紀錄如下：

會議時間	110 年 03 月 08 日 (一) 10:00~12:00
地點	衛生福利部全民健康保險會(西側 4 樓)會議室
出席人員	全民健康保險會周淑婉執行秘書 全民健康保險會張友珊副執行秘書 全民健康保險會洪慧茹組長 全民健康保險會范裕春視察 國立臺灣大學社會學系林國明教授 國立臺北大學社會學系葉欣怡教授 中央研究院社會學研究所曾凡慈教授 國立臺灣大學社會系陳亞筠助理
會議紀錄	國立臺灣大學社會系陳亞筠
決議事項	<ol style="list-style-type: none"> 1. 討論議題為「費率」，由於正值調完費率的時間點，想知道如果兩年後再調漲費率民眾的接受程度、民眾偏好調漲費率(所有人都多負擔一點)還是調漲部分負擔(看病的人使用者付費)，以及對於相關配套措施民眾的反應。 2. 採取兩天的代表會議形式，以討論費率為主，也可以討論其他相關的財務改革方案，例如：部分負擔、擴大費基、補充保費。 3. 場地的部分，借用台大社科院或是系館的會議室，有需要的話可以借用衛福部場地。 4. 計畫前端兩個月開一次工作會議，後期可以增加開會頻率。

110 年 7 月 9 日之工作會議紀錄如下：

會議時間	110 年 07 月 09 日 (一) 10：00～12：00
地 點	線上視訊會議
出席人員	全民健康保險會周淑婉執行秘書 全民健康保險會張友珊副執行秘書 全民健康保險會洪慧茹組長 全民健康保險會范裕春視察 國立臺灣大學社會學系林國明教授 國立臺北大學社會學系葉欣怡教授 中央研究院社會學研究所曾凡慈教授 國立臺灣大學社會系陳亞筠助理
會議紀錄	國立臺灣大學社會系陳亞筠
決議事項	<ol style="list-style-type: none"> 1. 公民審議會會議主題進行微調，由「健保制度如何節流」改為「健保支出面如何節流」，「健保制度如何開源」改為「健保收入面如何開源」。 2. 討論公民審議會會議之演講人和與談人人選。演講(一)的演講人為李玉春教授；演講(二)的演講人為蔡淑鈴副署長。「健保支出面如何節流」的與談人為黃偉堯教授、李偉強秘書長、李純馥組長、滕西華秘書長；「健保收入面如何開源」的與談人為盧瑞芬教授、商東福司長、李永振監察人、劉淑瓊董事長。若是以上人選無法出席，再與健保會討論備選名單或是由健保會幫忙邀請。 3. 聚焦討論議題之子題，「健保支出面如何節流」的子題為「調整部分負擔」和「分級醫療與就醫次數」；「健保收入面如何開源」的子題為「未來兩年調整費率之接受程度與意見」、「擴大補充保費之費基範圍與修改計費方式」、「取消停復保制度」。 4. 七月底將擇期召開會議，確認公民審議會會議採用實體會議還是線上會議。

第六章、公民審議會實際執行過程

第一節 會議宣傳與招募

健保財務平衡公民審議會會議的招募與宣傳從八月份開始進行。我們製作了宣傳文宣與海報，除了張貼於本計畫所成立的粉絲專頁，並且積極分享轉發外，我們也將相關的活動資訊張貼於醫療相關社團，以及私訊醫療健康相關粉專請求協助幫忙轉發活動資訊。並且透過主辦單位將會議招募資訊公布於衛福部官方網站。此外，我們也以 EDM 的形式將相關會議訊息寄送給國內各社區大學，希望社區大學能夠協助張貼和宣傳，以觸及更多民眾。

健保財務平衡公民審議會會議之招募海報

**健保費率繳多少
公民審議來探討**

健保財務平衡公民審議會

2021 / 10 / 02 (六) - 10 / 03 (日) 09:00-18:00

活動地點
國立臺灣大學社會工系館401會議室
(台北市羅斯福路四段1號)

參加資格
滿18歲以上之全台各地民眾

報名期限
即日起至 8 / 31

招募人數
20人
(依報名者人口特質分層隨機抽樣)

健保財務平衡公民審議會提供

1. 兩日全額參與者2500元出席費
2. 安排住宿並全額補助來回大眾交通費用
3. 色香味俱全的餐盒茶點

歡迎各縣市民眾踴躍報名，並分享活動讓更多人知道！

健保議題與大家息息相關，歡迎全台各地的民眾踴躍報名一起來討論！
會議討論的結果皆會提供給衛福部作為制定政策的參考
了解更多歡迎搜尋：

報名頁面

聯絡電話：(02)3366-1238 陳小姐
(週一至週五09:30-17:00)
聯絡信箱：nhidd2021@gmail.com

主辦單位：衛生福利部 | 執行單位：國立臺灣大學社會學系

廣告

衛福部官方網站之活動訊息

網站導覽 | 部長信箱 | 雙語詞彙 | English | RSS | 回首頁

 **衛生福利部**
Ministry of Health and Welfare
促進全民健康與福祉

請輸入關鍵字 進階

熱門關鍵字： 疫苗 COVID-19 防疫補償 紓困

本部簡介 | 最新消息 | 便民服務 | 法令規章 | 衛教視窗 | 重大事件 | 本部各單位及所屬機關

首頁 / 最新消息 / 活動訊息

活動訊息

共 139 筆資料，第 1/7 頁，

- 健保財務平衡審議會會議之公民招募 110-08-09
- 110年度臺灣女孩日-「2021臺灣青少年世代意見調查」 110-07-29
- 化粧品業者法規研討會(二) 110-07-21
- 智慧醫療器材品質管理國際趨勢研討會 110-07-19

健保會官方網站之活動訊息

 **衛生福利部**
全民健康保險會
Ministry of Health and Welfare

關於本會 | 組織架構 | 業務職掌 | 焦點新聞 | 公告訊息 | 招標資訊 | 本部各單位及所屬機關

全民健康保險會

National Health Insurance Committee

資源合理配置 | 資訊公開透明 | 財務收支運動

最新訊息

- 110-08-09 健保財務平衡審議會會議之公民招募
- 110-07-30 衛福部健保會第5屆110年第3次委員會議事錄(附110年7月23日會議資料)
- 110-07-21 衛福部健保會第5屆110年第3次委員會議程(110年7月23日)

招募海報除了清楚地載明本次會議的審議主題外，也讓民眾知道自己正是公民審議會的主角，我們竭誠歡迎全國 18 歲以上的民眾報名參加。此外，則是介紹本計畫所安排公民審議會之辦理時間與地點。接著說明公民審議會的參加資格以及參與者能夠獲得之「好康」，希望藉此吸引民眾踴躍參加本計畫所舉辦的活動，最後則是提供報名方式與計畫負責人聯絡方式。

在招募會議參與者的期間，為了增進粉絲專頁和民眾的互動，以及吸引更多人報名會議，我們也於粉絲專頁分享健保財務平衡相關議題的報導，試圖達到拋磚引玉的效果。這些新聞所報導的議題包含：費率調整、部分負擔、停復保制度和分級醫療。希望透過相關議題的分享，讓民眾對於健保財務平衡的議題有更加具體的概念，健保議題其實跟人們的日常生活中息息相關，每個人都會使用得到，也鼓勵民眾多多報名參加此次的健保財務平衡公民審議會。

值得注意的是，舉辦特定議題之公民審議會的時候，不宜排除利害關係人(stakeholder)，為了廣納各種不同意見的聲音，除了一般民眾的立場，病患身分或是具備醫藥背景的人士，其實也可以從他專業的角度提出觀點。需要排除的情形有兩種：第一種是對於社會有領導能力的人，例如：醫師公會的理事、製藥同業公會的領導人物，因為這些人已經有其他管道可以發聲；第二種為利益團體(interest group)集體報名，為了公平起見，同一團體最多只能一人參與。

粉絲專頁分享相關報導

健保財務平衡公民審議會
8月19日 · 🌐

【資訊分享】#**健保費率**
健保財務連年虧損，健保費率於今年1月1日由4.55%調整為5.17%，補充保險費率連動調漲為2.11%，單身勞工每月支出平均增加60元。這次的費率調漲，距離上次調漲已經將近10年。

面對這次的調漲你是否有感？
你對於健保財務政策有什麼意見？
趕快報名參加健保財務平衡公民審議會！

文章閱讀
<https://reurl.cc/1Y5v2p>
報名健保財務平衡公民審議會
<https://reurl.cc/qgAjrN>

健保費率漲到5.17%

投保薪資	原本費率	漲後費率	每月保費支出增加
42000	4.69%	5.17%	
勞工			
單身勞工	591	651	+ 60
一家四口	2364	2606	+242
雇主			
雇主	1867	2058	+191

健保費率110年漲至5.17% 受僱者平均多繳63元 | 生活 | 重點新聞 | 中央社 CNA

1 讚 留言 分享

健保財務平衡公民審議會
8月23日 · 🌐

【資訊分享】#**部分負擔**
繼今年一月調整健保費率之後，部分負擔也將調漲，目前研擬的調整方向包含取消百元以下藥費與慢箋免部分負擔，改為收費40至200元；取消檢驗檢查費免部分負擔，將收取50至200元；急診部分負擔也將調漲提高50至250元不等。

除了調整部分負擔，你認為還有什麼措施可以促進健保永續經營？
你對於健保財務政策有什麼看法？
趕快動手指報名健保財務平衡公民審議會！

文章閱讀
<https://reurl.cc/ze3DYV>
報名健保財務平衡公民審議會
<https://reurl.cc/qgAjrN>

陳重安、劉治勁和其他696人 42則留言 24次分享

讚 留言 分享

最相關

留言.....

友欽詹參加
讚 · 回覆 · 6週

檢視另10則留言

健保財務平衡公民審議會
8月27日 · 🌐

【資訊分享】#**停付保制度**
健保署擬取消出國二年內短期停復保規定，目前已經研擬兩大措施，針對出國逾半年、未滿二年者，取消辦理停保；若是出國逾二年，已被除籍退保者，可以直接補繳保費，最多繳回五年保費，即可加保，或是等待半年後再加保，免追回停保期間保費。

你贊成取消停付保制度嗎？
你對於健保財務政策有什麼看法？
趕快動手指報名健保財務平衡公民審議會！

文章閱讀
<https://reurl.cc/4aZ0yD>
報名健保財務平衡公民審議會
<https://reurl.cc/qgAjrN>

健保財務平衡公民審議會
8月30日 · 🌐

【資訊分享】#**分級醫療**
健保署試辦虛擬健保卡已經邁入第三年，虛擬健保卡有助於偏鄉獨居、失智長輩享有最適切的醫療安排和建議，促進新一代的家醫制、更加落實分級醫療。

你認同「小病去診所，大病去醫院」的理念嗎？
你對於健保財務政策有什麼意見？
報名倒數兩天！趕快手刀報名健保財務平衡公民審議會！

文章閱讀
<https://reurl.cc/Q900aZ>
報名健保財務平衡公民審議會
<https://reurl.cc/qgAjrN>



時間到了！海外國人返台健保短期停復保規定擬取消 | 聯合新聞網：最懂你的新...

你、張雋雅、陳重安和其他17人 6則留言 1次分享

讚 留言 分享



REURLCC
虛擬健保卡下一步 / 促成新一代家醫、落實分級醫療 | 聯合新聞網：最懂你的新聞網站

你和其他4人

第二節 抽出公民代表

最終本次會議的有效報名人數為 138 人，所有報名者的人口特質分布如表 6-1、6-2 所示。

表 6-1 報名者人口特質表

項目	分類	人數	百分比 (%)
性別	男	78	56.5
	女	60	43.5
年齡	18 至 19 歲	6	4.3
	20 至 29 歲	52	37.7
	30 至 39 歲	42	30.4
	40 至 49 歲	19	13.8
	50 至 59 歲	15	10.9
	60 至 69 歲	1	0.7
	70 歲以上	3	2.2
教育程度	國小(含)以下	1	0.7
	國中	0	0
	高中(職)	14	10.1
	大學(專)	79	57.2
	研究所(含)以上	44	31.9
住院經驗	有	99	71.7
	沒有	39	28.3
平時去哪就醫	診所	85	61.6
	中小型醫院	25	18.1
	大醫院	28	20.3
總報名人數=138 人			

表 6-2 報名者縣市分部表

居住地區	臺北市	基隆市	新北市	桃園市	宜蘭縣	新竹縣(市)	苗栗縣	臺中市	南投縣	彰化縣
人數	35	1	35	11	3	3	1	18	3	4
百分比 (%)	25.4	0.7	25.4	8.0	2.2	2.2	0.7	13.0	2.2	2.9
居住地區	雲林縣	臺南市	嘉義縣(市)	高雄市	屏東縣	花蓮縣	臺東縣	澎湖縣	金門縣	連江縣
人數	0	6	7	6	2	1	2	0	0	0
百分比 (%)	0	4.3	5.1	4.3	1.4	0.7	1.4	0	0	0
總報名人數=138 人										

值得注意的是，此次公民審議會議報名的情況踴躍，涵蓋了各種人口特質的民眾。性別的部分，可以發現男性略多於女性；年齡的分布，20 歲至 49 歲的民眾則是占了 8 成；教育程度方面，大學(專)以上的占了報名者之中的近 9 成，學歷偏高；自己或家人近三年是否有住院經驗當中，有經驗者占 7 成，沒有經驗者約為 3 成；報名者平時去哪就醫的狀況，6 成的報名者習慣就近去診所看病，去中小型醫院和大醫院看診的參加者分別都是 2 成；報名者的地區分布，北部的報名者為 6 成，中部約是 2 成，南部則是 1 成 5，以北部的參加者為大宗。

在參酌所有報名者之人口特質分布以及全國人口特質分布之後，計畫團隊確立了公民代表的人口特質分和各項人口特質所應抽選之人數，接著我們藉由分層隨機抽樣抽選出所有的公民代表，公民代表的人口特質表如 6-3、6-4 所示。

表 6-3 公民代表人口特質表

項目	分類	人數	百分比 (%)
性別	男	10	50
	女	10	50
年齡	18 至 19 歲	1	5
	20 至 29 歲	4	20
	30 至 39 歲	5	25
	40 至 49 歲	5	25
	50 至 59 歲	4	20
	60 至 69 歲	0	0
	70 歲以上	1	5
教育程度	國小(含)以下	1	5
	國中	0	0
	高中(職)	4	20
	大學(專)	9	45
	研究所(含)以上	6	30
住院經驗	有	16	80
	沒有	4	20
平時去哪就醫	診所	15	75
	中小型醫院	1	5
	大醫院	4	20
總人數=20 人			

表 6-4 公民代表縣市分部表

居住地區	臺北市	基隆市	新北市	桃園市	宜蘭縣	新竹縣(市)	苗栗縣	臺中市	南投縣	彰化縣
人數	4	0	5	3	1	0	0	4	0	0
百分比 (%)	20	0	25	15	5	0	0	20	0	0
居住地區	雲林縣	臺南市	嘉義縣(市)	高雄市	屏東縣	花蓮縣	臺東縣	澎湖縣	金門縣	連江縣
人數	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0
百分比 (%)	0	0	5	0	5	0	5	0	0	0
總人數=20 人										

在抽選完成後，我們便逐一通知中選的公民代表，並確定其可以全程參與兩日會議，若是出現中選者無法全程參與的情況，則會依據相同之人口特質於報名資料中進行再次隨機抽選。此外，正式成為公民小組的公民代表，我們則通知會議的相關注意事項、權利和義務，並於會議舉辦之十天前寄送書面的會議資料與閱讀手冊，以供公民代表事先閱讀。

第三節 正式會議

健保財務平衡公民審議會議總共舉辦兩日，於 10 月 02 日與 03 日舉行。最終全程參與本次會議的公民代表共為 19 人。缺席的 1 人於會議辦理的前一天晚上通知計畫團隊無法參加，因此取消其參與資格。來自全台各地的公民代表在經歷聆聽演講、與各領域專家進行對談以及兩個不同面向的討論後，針對健保財務議題提出意見和建議。

以下是健保財務平衡公民審議會議的照片，會議的照片紀錄我們都已經整理完畢全數公布在粉絲專頁。

公民代表簽到情形



公民代表自我介紹



什麼是審議民主？

計畫主持人
台大社會系教授兼系主任
林國明



李玉春教授針對台灣健保制度的整體狀況進行專題演講

健康保險支付制度 (unit)

- 論量計酬 (services-based)
 - 論服務逐項計酬 (itemized fee-for-services)
 - 論日計酬 (per diem)
 - 論病例計酬 (per case, per patient episode)
- 機構總額預算 (global budget) or block contract
- 論人計酬 (capitation): per capita, territorial pay
- 論質/績效/價值支付 (pay by quality/performance purchasing)
- 病程包裹支付 (Episode-based payments)



曲同光教授針對健保制度的財務狀況進行專題演講



與專家對談(一)：健保支出面如何節流



公民代表和與談人討論健保節流政策



轉播室情況



頒發感謝狀以及全體大合照



第四節 健保財務平衡意見報告書

健保財務平衡公民審議會的最後，我們邀請公民代表自行推派數位成員擔任主筆人，並且請主筆人基於兩天討論的會議紀錄撰寫「健保財務平衡意見報告書」的初稿。意見報告書的初稿由計畫團隊進行潤飾和文字確認，並且再交由公民小組進行確認無誤，再交由健保會等相關單位參考。

公民小組針對健保支出面如何節流和健保收入面如何開源兩大議題提出以下建議。健保支出面如何節流當中，公民對於部分負擔此議題的共識為回歸健保法，採取定率制，若維持定額制，則提高金額；取消重大傷病免除部分負擔的規定；高就診的民眾加重部分負擔；以及民眾自行要求但不符專業判斷的檢驗需自費。在調整費率方面，同意未來兩年內如有必要可以調漲費率。公民小組認為可以藉由以下幾種方式促進分級醫療，由社區或基層院所進行判定、提供諮詢，協助民眾分級自身症狀和需要的醫療；在遵守個資法的前提下，經由適當管道，在就醫次數過高時提醒民眾總就醫次數，促使民眾自我察覺；透過媒體宣導分級醫療。公民對於健保支出面如何節流也提出了其他建議，政府應塑造友善自費的環境，以提倡新醫療科技的使用與引入，提供醫療創新空間；醫療資訊的大數據應用，應以投資健康的角度將臨床數據與健保資料庫相互整合，評估醫療科技與醫療服務所帶來的社會價值。

關於健保收入面如何開源這個議題，公民針對保費調整共同討論出來的共識為，社會大眾能夠接受健保費用調漲，但政府應充分說明其費用增長後，資源配置的合理性；政府應提供淺顯易懂之資訊，讓民眾容易親近，使其易讀，避免因資訊落差阻礙一般民眾瞭解健保制度；安寧醫療、無效醫療的社會宣導工作，必須從小、從基層開始教育。公民代表認為停復保制對健保仍是加項，應維持現狀；應以健保財務永續前提，若有影響社會觀感者，以個案處理，運用其它行政手段裁罰；拉長停復保之等待期至六個月或以上。公民對於如何擴大補充保費之費基範圍與修改計費方式也提出意見，建議補充保費應改為年度結算；評估採用其他行政成本較低的增加費基方式，包括既有政府費捐收入的重新分配，以及尋求新的費捐徵收財源；公益彩券盈餘使用在健保的比例應提高，增加菸捐挹注健保的合理比率；應增加對人體健康造成負擔商品之課稅或課費；政府應再研議目前家戶總所得制的挑戰與可行性，家戶總所得制具公平性，例如機會中獎獎金（樂透、發票）、尾牙中獎等，能成為健保開源的一環。公民代表也針對健保收入面如何開源此一項目提出其他共識，像是政府應督促其它部會協助健保財務。例如：預防健康事項應由國健署、疾管署共同負擔或以公務預算進行給付；健保相關資訊（例如收支、使用狀況）應公開透明，必須有評鑑機制，檢討總額使用狀況、公開精實方式；政府應實踐其職

責，實踐 36%挹注，促進健保財務健全；考量貧富差距適度調整保費級距，將級距提高，有能力者負擔更多。

此外，健保財務平衡意見報告書全文如下。

110 年度 健保財務平衡公民審議會 公民代表意見報告書

前言

台灣的全民健康保險制度讓世界各國欽羨，是各國政府研擬醫療政策時研究與效法的對象，更是少數在台灣民眾心目中名列前茅的政策，政策的滿意度高達九成；然而隨著人口結構老化，以及新藥新科技的持續突破創新，健保的財務需求缺口也逐漸擴增。

台灣的健保採取總額預算制度¹⁷，總額隨著社會對醫療需求增加而增長。1996 年健保開辦之初，健保支出僅約 2,200 億元；時至今日卻已突破 7,200 億元大關。為了維持健保的財務穩定，在「收支連動」的核心精神下，衛福部歷經了五次保費調整與制度改革，最終讓健保收支保持在穩定的狀態。每一次保費調整與制度改革，無不是歷經無數次的溝通、協調與堅持，最終才能克服各方對於健保改革的聲音。

2020 年 12 月 31 日，陳時中部長宣布自 2021 年起，健保費率將從現行 4.69% 調整至 5.17%，藉此改善健保的收支平衡問題。然而調整費率至 5.17% 只能階段性解決健保財務問題，隨著對醫療需求的進一步提升，預估明年度安全準備金將只剩下 0.69 至 0.91 個月之間，觸及安全準備金不得低於一個月的法定門檻，這讓是否明年再漲費率的爭論再起。是否調漲費率涉及複雜的社會與政治因素，此外即便費率能順利調漲也非長久之計，因為依現行健保法令，在健保法第十八條第一項已明訂健保費率最高以百分之六為上限，這讓我們必須審慎面對與思考健保如何永續發展的問題。

健保是台灣全國人民的，為促進健保制度能充分容納公眾意見，全民健康保險法於二代健保修法時納入公民審議機制，於第五條第三項明訂健保會於審議、協議重要事項前，應先蒐集民意，必要時，並得辦理相關之公民參與活動。當前健保再次面臨制度改革的難題，值得所有台灣公民關切與瞭解。本次的審議計畫由衛生福利部全民健康保險會委託台灣大學社會學系團隊執行，於全台 140 名報名參與的志願者中，挑選出 20 名成為公民代表，並且於 10 月 2 日、3 日舉辦為期兩天的「健保財務平衡公民審議會」。公民會議的參與者，乃依據其參加意願、

¹⁷ 台灣在 1995 年開辦健保，1998 年 7 月開辦牙醫門診總額支付制度，之後中醫門診、西醫基層及醫院也陸續採行總額支付制度，至 2002 年 7 月全面採總額支付制度。總額從 2003 年 3,774 億元成長至 2020 年 7,526 億元。

並針對人口特質隨機遴選產生。儘管只有 20 位成員，但因為考量到了區域、學歷、性別與年齡等不同的人口特質，公民代表的組成充分反映出異質性。

此次公民審議過程中，可說充分地納入了審議民主的原則與精神，透過公民參與機制，讓公民代表們在與醫界、官方以及與會專家學者代表的對談後，針對兩大議題與多個子題進行探討。在為期兩天的代表會議中，公民代表們以開放式的思維，分別站在民眾、病友、付費者、醫事服務提供者、政府及公衛學者的角色立場進行探討，深入討論健保實際遭遇的經驗與難題，並在會議中充分論述自身的想法，經過多方的完整表達討論與確認，在大家相互理解的前提下形成共識。我們公民代表在此提出這份意見報告書，期望能夠作為相關政策的施政參考。

身為健保使用者或者健保未來的使用者，我們誠心感謝健保會讓我們有機會表達內在最真實迫切的心聲。能夠親身參與此次討論，我們認為既榮譽又富有意義。在此次的審議探討中，公民代表們透過知情與理性的意見交流，集思廣益提出切身的問題，聚焦問題核心，除了提供衛生福利部、全民健康保險會作為參考外，也希望藉此拋磚引玉，讓更多民眾關切健保永續發展的議題。面對高齡化社會的來臨，政府應多方宣導政策、並配合短中長期的施政目標，以達成資訊的公開與透明。

最後，我們在此特別感謝所有與會專家學者與公部門官員給予我們意見，讓我們得以完成這份健保財務平衡意見報告書。進步的國家應當有一個好的政策面，讓人民過著幸福美滿的生活。我們期待公部門相關單位推動的措施，能夠更貼近民眾所需，也讓台灣能繼續保持各國稱羨的優質醫療環境。

全體公民代表成員，2021/10/3

議題一：健保支出面如何節流？

經過公民代表的討論，我們認為現今的醫療體制與就醫環境中存在多項待改善的問題，在大環境中，面臨了高齡化社會的醫療花費逐年上升、現今重大傷病病患需花費較多醫療資源卻仍迫切需要新醫療科技等問題；而於台灣方便且廉價的醫療保險制度下，則面臨醫療資源耗用不當而導致體制無法永續經營的情形。

針對「節流」此一議題，公民代表認為部分負擔僅為健保資源節流的其中一項作法，除了下述討論之外，亦應檢視過往花費狀況及未來醫療發展情形，訂定合理且長期的制度，將「節流」的盈餘或節省視為健康投資回饋至健康投資等宏觀層面，例如：新醫療科技(藥品、特材)，以提升醫療品質，以及促進醫療永續發展。

一、如何調整部分負擔？

調整部分負擔此一議題，公民小組獲致三項結論，首先，應依法行政將部分負擔回歸健保法規定的訂率制，並參照他國經驗(例如：日本、韓國制度)依據家戶所得分級訂定年度上限。再者，針對浪費情形，應依據治療指引及專業判斷，針對民眾自行要求但不符合臨床治療指引的額外檢測，以及民眾要求之無效的治療，應由民眾自費或提高自付比率來支付；而對於頻繁就診之逛醫院病患則應須調高高就診病人的部分負擔。最後，我們認為節流下來的費用應該投入發展新醫療科技，以治療更多的疾病(例如：新適應症或仍未具有有效治療的疾病)，藉此提升現有治療的品質。以下針對這三項結論進行說明。

因應現今醫療環境現況，公民代表提到許多改善方式，針對討論議題「以部分負擔提升健保節流」，我們認為，部分負擔若要落實以使用者付費的原則來減少醫療浪費，使醫療資源的配置更為合理，則應將部分負擔中的長期未調整的定額上調修正。同時，應回歸全民健康保險法的規定，該將定額負擔調整為定率負擔。公民們認為，訂率制根據每次就診的醫療費用的多寡來收取部分負擔，比起定額制，較能達到減少醫療浪費，促使民眾珍惜醫療資源的效果。

另外，為避免過高的部分負擔造成民眾的經濟負荷，實施定率負擔須另外訂定全年度部分負擔上限作為配套措施。此措施可參考日本、韓國等醫療制度，連結稅稽資料或繳稅等級，依據家戶所得分級，設定各級上限，避免造成經濟狀況較為弱勢民眾過重的經濟負擔。

針對健保法所提及之免除部分負擔的對象，公民代表認為應將重大傷病改為具部分負擔。免除部分負擔的對象，應考量病患財務狀況及所處地區之醫療資源，重大傷病病患並非等同經

濟弱勢，不應免除部分負擔。由於治療重大傷病的醫療費用較高，若部分負擔採取訂率制，亦應可慮重大傷病患者的付費能力。有公民更舉例病友團體對於新醫療科技的願付部分負擔之價格研究，研究結果指出癌症病友願意參與部分負擔政策為數千至數萬元不等，政府單位得參酌相關研究結果。

公民代表也針對其它就醫現況進行討論，其中包括「民眾高診次就醫」造成重複開藥、檢驗、就診等健保醫療浪費。對比疫情前後就醫狀況，就醫人次大減數百萬人，顯示民眾的醫療需求可能並非皆具有必要性。我們認為在排除醫師認定有實際醫療需求者及慢性疾病需回診的情況下，應訂定高就診標準並調高高就診病人的部分負擔；其中高就診標準建議可依據不同疾病重症訂定，如超過全國平均數或中位數者。而針對高就診者需持續了解就診原因，藉此了解病患持續就診的動機。

我們亦針對非必要的醫療造成的健保支出進行討論。公民代表認為醫療院所應針對病人症狀開立所需藥物、檢查和處置，避免不必要醫療；在檢查方面，民眾自主性要求進行額外的檢測，若根據根據客觀標準(例如：治療指引等)判定非必要，則應由病人自費。

公民代表一致認為應將醫療的資源挹注於最需要的人，同時可推行醫療品質計畫、設定治療目標以提升整體醫療利用的品質；針對無效醫療對健保資源的虛耗，例如長期使用侵襲性呼吸器的病人或已經無意識的植物人，應逐步減少給付或提高自費比例，將責任歸於家屬，使其正視醫療的必要性與健保資源的合理性，以節流健保支出。政府也應該進行安寧醫療、無效的治療與急救等相關教育與宣導。我們針對節流的成果利用，認為應該將部分負擔或其他健保所節省的盈餘投資健康，轉為給付新藥、療法、醫材等，若有更佳的醫療效果，長期也能省下未來就醫開銷。

二、如何促進分級醫療與降低就醫次數？

目前台灣健保制度設計的初衷雖然想要推動分級醫療，但在民眾端卻從未有所限制，導致民眾長年不經由轉診就直接到醫學中心就診的狀況，分級醫療制度難以落實。而在健保實行將近 20 年的時間，民眾已經養成習慣，也認為直接到醫學中心就診是理所當然的。若要從節流的角度審慎規劃，愛惜我們共有的健保資源，就需要再教育民眾，以達成促進分級醫療與降低就醫次數的目標。

首先，公民代表們提出，若能在前端把關判斷大病小病，就能促進醫療分級。由社區或基層院所進行判定、提供諮詢，**協助民眾分級自身症狀和需要的醫療**，舉例來說，病患因為不知往哪就診，易聽信他人推薦找大醫院信任的醫師。透過在社區基層(譬如家庭醫學科醫師)提供諮詢，讓民眾了解如何分級避免浪費，而諮詢和評估也須納入中醫和其他療法。醫療品質也需要經過把關，維持在一定的水準，才能有效降低就醫次數。除此之外，**政策施行須考量地區資源差異**，例如偏鄉醫療品質不足，可能前往大醫院就醫仍屬必要。

其次，在遵守個資法的前提下，透過適當管道，**在就醫次數過高時提醒民眾總就醫次數**，促使民眾自我察覺。雖然既有制度已有類似的提醒，仍可增加提醒次數，或是開發更多形式的主動告知作法。再者，**醫療院所亦須監督病人的高就診數動機**，以及課責對象應訂客觀的指標，然而，醫師端受限於現行醫療法，不能拒絕病人就診，法律若沒有鬆綁的狀況下，目前無法協助限制就醫次數。

另外可以**透過媒體宣導分級醫療**，例如說明區域醫院比醫學中心更具優勢的適用時機。在小病或是病情穩定的狀況，選擇社區家庭醫學科診所，有助於長期了解病患，甚至病患的整個家庭，能夠更有效的掌握病患的微小病況變化，也能節省病患每次到不同醫院又要重新講述過往病史所造成的時間浪費。

或是**結合社區能量、由基層定期關懷長者的醫療／症狀分級狀況**，例如提供巡迴醫療、結合鄰里長網絡、申請社區藥師、國健署社區整篩等服務。整合既有資源，或是教育民眾維持健康生活習慣，都可以降低就醫次數。政府端可以加強推廣預防醫學教育，像是鼓勵民眾接種疫苗，或是舉辦活動鼓勵低就診數，針對就診次數低的民眾，給予獎勵表揚，都是可行的措施之一。

三、其他

公民代表認為部分負擔僅為健保資源節流的其中一項作法，若是採取節流，需同時正視經濟優勢對於更多醫療選擇的需求，以及經濟較弱勢者對於醫療的負擔。有鑑於新醫療科技的發展，為增益民眾的醫療可近性與公平性，並提供醫療創新的空間，政府應教育民眾對於投資健康的價值觀與遠見，方能有助於健康產業與醫療體系長期的資源挹注，並提升民眾對於自身健康的責任感。

此外，政府應塑造友善自費的環境，以提倡新醫療科技的使用與引入，提供醫療創新空間。除了上述以負擔上限保障民眾就醫的總支出，也應該提供有能力的負擔者更多選擇，回歸自由市場。例如：針對藥事法規定之特材應鬆綁自費項目等規範，現行各縣市衛生局針對自費項目的價格有所限制，此將限制民眾對於特材的選擇自由。

關於「節流」議題，公民代表最後提及醫療資訊的大數據應用，應以投資健康的角度將臨床數據與健保資料庫相互整合，進而評估醫療科技與醫療服務所帶來的社會價值，並將醫療的主體著眼於長期的投資。

議題二：健保收入面如何開源

公民小組對於「健保收入面如何開源」的討論，一致認為政府在調整費率前，應先依法行政，落實健保法第3條第1項「政府每年度負擔本保險之總經費，不得少於每年度保險經費扣除法定收入後金額之36%」，此為102年起實施二代健保新制，為提升政府負擔健保之法定責任所訂定之條款，以促進健保財務健全、解除財務短絀及安全準備金不足之窘境。除此之外，應將菸品健康福利捐納回安全準備金，建立穩定的財務來源。

一、未來兩年調整費率之接受程度？

透過公民審議會會議的參與，公民代表已充分瞭解到目前健保給付制度運作的高度效率及效能。公民代表認為，任何取之於民的政府預算都必須有精實的規劃與合理的分配。如果現況的預算已足夠，就不須再行增額徵收；然倘若健保確有不足之數且社會大眾有其需要，評估調漲費率也是必要之舉。畢竟民眾是期待能繼續追求健康的，健保必須有資源以維持高端的醫療品質，同時維護醫事人員權益，並能夠持續投入新藥與新科技的發展，更必須平衡醫療資源間的城鄉差距。在此前提下，社會大眾是能夠接受健保費用調漲的，但政府應充分說明其費用增長

後，**資源配置的合理性**。若健保真的有需要增加保費，政府應以淺顯易懂的方式，向民眾宣導開源的必要性，以及可節流的方向與責任。在開源上，健保會應定期和民眾說明健保的收支情況與使用狀況，同時也說明之所以必須調漲費率，其所面對的處境現況，以及調漲後增額之資源將使用之去處，讓民眾了解既有分配使用，以及使用上是否精實效率。

公民代表強調，**政府應提供淺顯易懂之資訊，讓民眾容易親近，使其易讀、理解**。畢竟健保制度涉及複雜、高深的醫學專業知識。專有醫學名詞與英文術語，必須要透過適度的轉化，才能避免因資訊落差阻礙一般民眾瞭解健保制度。這也能減少良好的制度改革因社會大眾的不當理解，反遭曲解的可能性。當然，歷經兩天的公民會議，公民代表也理解這方面的教育工作實屬不易，畢竟健保收支細項龐大且複雜，難以全面公開；即便公開也會有專業門檻問題，難以避免特定人士炒作輿論的風險。然而正因如此，群眾教育工作更顯得重要。

此外，適度的節流也是開源工作的一環，畢竟以基金制度運作的健保，若資源能節約一分，也就表示未來能有多一分資源挹注在合理的分配上。公民代表認為，諸如對於**安寧醫療、無效醫療的社會宣導工作，就必須從小、從基層開始教育**。此外，針對財務使用應有明確的改善指標、達成指標，並進行定期滾動的檢討與對外報告。這一方面也源於健保採用總額制度的設計，健保總額宛如一座大水庫，若沒有良好的指標評鑑系統，我們便無從瞭解資源節約措施是否真的有效果，亦即是否真的能夠確實省錢。

二、 取消停復保制度不可行？

雖然社群媒體時常聽聞外籍人士一回國就拼命使用健保資源，甚至是濫用健保資源的案例，但是經由整體數據評估後，公民代表們達成以下共識。首先，**停復保制對健保仍是加項，應維持現狀**。旅外國人付出的保費整體仍大於使用金額，不應因為少數個案影響整體考量，導致收益減少，且需顧及對旅外國人的公平性。再者，**健保財務永續前提，若有影響社會觀感者，以個案處理**，運用其它行政手段裁罰。而**拉長停復保之等待期至六個月或以上**。目前辦理停保只需繳納三個月保費，以稅法角度而言，應拉長至少六個月。此外，**相關部會也應向公眾說明停復保者的比例和實際使用狀況**。

關於取消停復保制度，部分公民代表指出，針對出國停保者，若要回國繼續使用健保須有限制。以下三個方向可作為參考：首先，**必須考量公平性、可操作性**，例如以大數據釐清應加重者；再者，**依照各年齡層平均就診比率進行評估**；最後，**以在國外的收入評估是否加重**。

三、 如何擴大補充保費之費基範圍與修改計費方式？

在增加健保財源的選項中，公民代表認為擴大補充保費之費基與修改計費方式確實是可以討論的。現行制度為單次給付報酬金額超過新台幣兩萬才須繳納，易有拆單逃漏保費的可能，實務上確實也存在這種情形，尤其以中小企業的狀況最多。台灣中小企業約 150 萬家，占台灣全體企業的 98%，拆單情形不僅導致保費收入的流失，也無形中增加企業會計與行政部門的成本。爰此，公民代表建議補充保費應改為年度結算。

公民代表進一步建議，除了補充保費以外，還可以評估採用其他行政成本較低的方式增加健保財源，其中包括既有政府費捐收入的重新分配，以及尋求新的費捐徵收財源。

在既有費捐收入的重新分配上，公民代表認為公益彩券盈餘使用在健保的比例應提高，並定期滾動式評估、調整整體分配。此外，吸菸對於人健康有直接性的傷害，醫學證據也證明菸害為致癌因子，菸品危害明顯讓社會承受外部性的負面成本。隨著肺癌已取代肝癌、大腸癌等癌症，成為我國十大癌症之首的新國病，菸捐挹注健保比例卻逐年下降至 50% 明顯不甚合理。因此公民代表建議，政府相關單位應正式再評估，增加菸捐挹注健保的合理比率。

在尋求新的費捐徵收財源上，公民代表建議應增加對人體健康造成負擔商品之課稅或課費，但須經醫學證據證明對人體健康有明確的直接或間接危害，也就是罪惡稅（Sin Tax）的概念。例如酒捐、糖捐。公民代表表示，酒捐已是健保法中明訂可徵收且挹注健保之財源，然而自健保法實施以來，卻遲遲未能推動。倘若考量社會、生活與文化對於酒品的普遍需求，全面實施酒捐有難度。另一方面，公民代表認為應進一步思考由造成環境公害、污染企業之罰鍰稅費挹注健保的可行性。目前我國對於企業的環境污染，罰鍰往往不甚合理，而污染行為也會間接危害人體健康，若能增加合理罰鍰並挹注健保，方能落實公平正義。

公民代表認為，上述所稱由新的費捐徵收財源，課徵時必須考量課徵範圍的合理性，以及課徵時衍生的行政成本、社會代價。例如糖捐的課徵，並非所有含糖飲料店都要課徵，如此反而會衝擊社會經濟與就業穩定。可以比照目前經濟部規範「用電大戶」再生能源使用比率，環保署以「排碳大戶」做為課徵碳費優先實施對象等模式，以含糖飲料市場中的領導企業群作為課徵標的，而非普通的手搖飲料店。如此可將社會衝擊降到最低。另一種思考方式，則是採用含糖飲料原料的源頭課徵，以避免課徵品項難以界定的問題，例如瓶罐飲料、甜甜圈、蛋糕等各種含糖食品課徵品項認定困難的問題。公民代表也強調，課徵新費捐挹注健保的立意是良好

的，但仍必須慎重思考對社會的外部性以及行政成本。以檳榔捐為例，實務上就有相當的困難，例如對農產品課稅時，輔導攤販開發票就有根本性的難度。若能進一步串連目前財政部積極對過去處於稅收灰色地帶的小規模營業人導入電子支付政策，同時由政府強化宣導與教育工作，讓民眾能先行熟悉與適應，可將負面的影響降到最低。

多元財源是健保必須審慎思考的發展方向。盡可能爭取的新財源是緩解健保財務壓力的手段，然長遠而言，健保身為社會保險，仍必須回歸並落實社會公平的原則。公民代表認為，政府應再研議目前家戶總所得制的挑戰與可行性，並思考如何克服。這不僅是為了健保的永續發展，更是社會公平的展現。例如，機會中獎的獎金（如樂透、發票）、尾牙中獎，乃至於遺產稅等許多可能，屬於非勞務付出等價交換之財源，都應納入評估，是否能成為健保開源的一環。

公民代表理解財源的課徵絕非容易之事，過往許多手段各有支持的聲音，已評估的過程資料，包括實施時可能遭遇的挑戰與取捨之間的考量因素，公民代表建議政府單位應向社會大眾公布淺顯易懂的報告。某些手段或許過去不合時宜，然而當時間推移，隨著社會環境、政治氛圍、公民意識與科技的進步，應有再次回顧、重新評估與研議的空間，政府應提供相關資訊讓民眾瞭解和判斷。

四、其它

除了費率調整之外，政府應督促其它部會協助健保財務。舉例來說，預防健康事項應由國健署、疾管署共同負擔或以公務預算進行給付，例如此次 COVID-19 治療費用不應以健保費用支付影響總額、稀釋點值、或排擠其他醫療科技引進等；而環境改善等議題，如解決空氣汙染可減少肺癌等相關疾病，則應與環保局擬定相關罰鍰的指定用途，作為健保資金以穩定挹注。

此外，與健保支出面如何節流當中部分負擔的討論相同，保費級距亦應考量貧富差距適度調整，將級距提高，有能力者負擔更多，例如拉高投保金額的最大級距、調升至 20 萬，並降低最低級距，藉此提升公平性，讓有能力的人多負擔，並減少制度改革對弱勢的影響。

為了因應健保中收支與使用狀況盤根錯節的相關資訊，公民代表認為政府應保持公開透明，盡量維持資訊可近性使公開資料易讀，幫助民眾理解和判斷現況，減少媒體與政治風向的影響。例如公開資訊中必須解釋專有名詞、停復保所占比例與相關納保資訊等。對於健保的使用狀況，亦應有相關評鑑機制，例如由審計部積極介入監督財務狀況、讓相關專業人士(例如醫界、病友

團體、產業界)進行評估與討論。

此外，少數公民也提到，國家其它資本利得（例如：主權基金等）也可以投入健保；以及少數公民認為，運用部分健保預算理財投資賺取盈餘也是開源的方法之一，但仍有公民擔心投資風險，並非共識。

第五節 建議與未來方向

透過本次公民審議會會議的辦理，我們觀察到台灣民眾對於全民健保議題懷抱高度關切，儘管受到疫情的影響，仍有超過百位的民眾有意願參與健保議題的討論。在此次兩日會議討論的過程中，相較於兩千年初期所辦理的健保費率審議會會議¹⁸，我們也發現公民小組對於全民健保的態度，與二十年前舉辦全民健保公民共識會議所呈現的意見相較，已有所轉變。過去，民眾反對調漲部分負擔和費率。但在這公民審議中，公民對部分負擔的共識是：回歸健保法，採取定率制，若維持定額制則提高金額；取消重大傷病免除部分負擔的規定；高就診的民眾加重部分負擔；以及民眾自行要求但不符專業判斷的檢驗需自費。在調整費率方面，同意未來兩年內如有必要可以調漲費率。這些態度都與二十年前不同。

民眾雖然支持以部分負擔來減少醫療浪費，支持必要時調漲保費以維持財務平衡，但仍抱持著社會公平的理念。例如，採取定率制，應依照所得訂定上限；提高高就診者的部分負擔，必須排除有實際要求需求者；以及，在保費徵收方面主張重新考慮較符合社會公平原則的「家戶總所得制」。另外，對於調漲保費，也主張必須提供充分資訊，讓民眾了解費率調整的必要性和合理性。

本次會議中大部分的參與者均能夠在對於健保議題知情的條件下進行溝通與發言，與各階段講者和與談人也都有著積極與密切的交流。今年度辦理的全民健保公民審議討論恰好與台灣第一次舉辦的健保議題公民審議相距二十年的時間，因此格外具備意義。我們認為，觀察本次會議，可以發現多年來持續針對健保相關議題所進行之「由下而上」的民意蒐集有其長期成效，公民小組對於健保議題也開展出更為全面的思考與關照。

本計畫團隊建議，在未來定期辦理的全民健保公民審議中，一方面應納入更為多元的議題，另一方面則應採取更多不同的審議參與模式。目前所舉辦的健保審議多以費率調整作為主要的討論議題，然而以全民健保制度在台灣的全面性而言，民眾的就醫經驗均深受健保政策所影響，必然會對於健保諸多層面均有「發聲」(voice) 的需求，故我們建議除了在費用調整層面的意見蒐集外，其實也應從民眾的健保經驗積累更多面向對於健保制度調整的資訊¹⁹。此外，公民審議存在諸多的參與模式，目前為止，全民健保議題的審議討論卻多採取公民共識會議的模式。這是因為一直以來定期召開的健保議題審議討論均側重於取得民眾對於健保議題的共同意見，

¹⁸ 2005年由中央健康保險局(現為中央健康保險署)委託國立臺灣大學社會學系所舉辦之全民健保公民共識會議。

¹⁹ 相關具體建議請參考健保財務平衡意見報告書。p.93-p.102。

故公民共識會議此一模式讓異質背景的公民小組在追求共識前提下進行討論，並將討論結果撰寫為具體意見報告書的作法，便極為適合。然而，持續辦理參與人數較少(約 20 人)的公民共識會議之下，健保審議計畫便難以拓展參與討論的公民人數，這是較為可惜之處；故我們建議可採取更為多元的審議模式來解決此一難題。舉例來說，教育部高教司針對學習歷程檔案所辦理的審議討論計畫，以及行政院科技會報辦公室以科技溝通為核心所辦理的社會溝通計畫，均透過辦理在臺灣不同區域辦理多場次的審議會來捲動更多公民參與為目標。更重要的是，透過審慎的程序設計與跨場次的資料彙整，一樣也能夠對於討論議題尋找出共同意見與政策建議。又或者，也可採取兩階段的審議模式，在第一階段先辦理能夠讓大量公民參與的多場次區域會議，第二階段則是由第一階段的參與公民中徵求有意願者參與追求深度與共識的公民共識會議。

全民健保是台灣最早採取公民審議模式蒐集公民意見的制度，更持續性地透過公共參與的方式來蒐羅民眾意見，我們樂見這樣的累積與嘗試，故而提出更多可能的方向供作參考。

第六節 研究限制

首先，客觀性本身就是一個限制，期末報告詳列了專家學者名單、閱讀手冊還有相關的參考資料，這些都是可以用來檢視計畫團隊所提供的資料是否偏誤，或者是引導民眾至特定立場。過去其實會運用執行委員會監督專家學者名單和閱讀資料的內容，但是在時間和經費的限制下，本計畫刪除了執行委員會，改為向健保會討論以及確認各種事項。

再者，公民審議會會議的參與者僅有 20 個人，其實難以完全反映台灣人口的代表性，計畫團隊僅能在抽選的時候盡量貼近台灣人口的分布比例。其中，教育程度、性別、還有年齡的抽選序位是比較高的，而居住地的位階相對較低，也許本來有抽出台南跟高雄的民眾，可是因為年齡、教育程度的比例失衡，在調整的過程中導致某些縣市地區的人流失。由於需要兼顧的變項太多，如果每個變項都要一致會出現顧此失彼的狀況，因此研究團隊後來改為確保北中南東四個區域皆有公民代表。在教育程度和其他人口變項上面是否特別偏重特定的人口這個方面，的確存在不足之處，因為報名者當中教育程度高的民眾比例偏高，也因此公民小組的組成之中教育程度高的人會比較多一點，這點未必可以呈現出不同人群的看法。

最後則是關於公民審議會會議的討論範圍，討論議題涵蓋了健保財務收支，內容包山包海，兩天的會議時間的確非常有限，如果有五天的時間，本計畫團隊即可安排討論較為多元的議題。由於研究經費的限制，只能舉辦兩天的會議，我們也將議題縮減至可以處理的範圍。因此，公民不可能對每個議題都具備明確且深入的了解，我們僅能在有限的時間和資源盡可能讓公民代表了解這些議題。關於議題理解深度的限制其實一直都存在，但是這個限制是否會影響到意見參考的價值，本計畫團隊抱持較為樂觀正面的態度，公民審議會會議經由共識性的討論，其價值為不論這群公民代表的背景是否與全國人民一致，這群人在一起討論的時候，他們支持或是反對議題的背後理由所顯現出的核心價值為何，觀察公民小組的討論也可以發現他們非常重視社會公平等價值，這點是難能可貴的。

參考文獻

1. 王國政、柯炳式，2001，主要先進國家社會網路應用實例，研考雙月刊 35(4)。
2. 方孝謙，2009，網路平台對北投社區之可能影響研究：資訊科技、公民團體與民主關係的初步分析，新聞學研究，第100期，頁57-100。
3. 吳尚達，2012，Facebook使用者公民參與行為與審議式民主態度之研究，中國文化大學新聞暨傳播學院新聞學系碩士論文。
4. 李仲彬，2006，電子化政府的公民使用行為：數位資訊能力與資訊素養之影響分析，資訊社會研究(11)，頁177-218。
5. 林國明、陳東升，2003，公民會議與審議民主：全民健保的公民參與經驗。台灣社會學，6，61-118。
6. 林國明，黃東益，2004，公民參與模式及其運作，收於陳東升編，公民參與：審議民主的實踐與全民健康保險政策，頁 215-239，台北：衛生署。
7. 林國明，2008，行政民主之實踐：全國型議題審議民主公民參與，行政院研考會，頁 13-44。
8. 林國明，2009，國家、公民社會與審議民主：公民會議在台灣的發展經驗，台灣社會學，17，161-217。
9. 林國明，2013，多元的公民審議如何可能？程序主義與公民社會觀點。台灣民主季刊，10(4)，137-183。
10. 林祐聖、葉欣怡，2020，魚與熊掌可以兼得？「中高齡與高齡人口就業議題公民審議」論壇中的審議模式編輯，收錄於廖達琪(編)，網路崛起的社會運動對台灣的影響，高雄：中山大學出版社。
11. 國家發展委員會，2017，政府公共溝通：新型態網路參與及溝通策略（期末報告修正版）。
12. 許祐嘉，2013，民眾參與政府社群媒體之實證研究—以交通部觀光局經營Facebook為例，中興大學國家政策與公共事務研究所學位論文。
13. 陳東升等，2004，公民參與：審議民主的實踐與全民健康保險政策，台北，衛生署。
14. 陳敦源、李仲彬、黃東，2007，應用資訊通訊科技可以改善“公眾接觸”嗎？台灣個案的分析，東吳政治學報，25(3)。
15. 陳敦源，2009，民主治理與電子化參與，T&D飛訊，第83期。
16. 陳敦源、蘇孔志，2017，我國政府民意調查委外辦理的現狀與未來：一個簡要的回顧式探

索，中國行政評論，第23卷第2期，頁106-123。

17. 張惠堂，李威翰，2015，網路社群參與地方公共事務之研究：以觀新藻礁生態保育議題為例，中國行政評論21(3)。
18. 張鴻文，2013，大學生Facebook使用行為與線上公民參與之關聯—以淡江大學學生為例，淡江大學公共行政學系公共政策碩士班學位論文。
19. 張鎧文、莊文忠，行政人員對線上公民參與機制的認知與行為：計劃行為理論觀點的應用。
20. 鄒佳宏，2012，我國官僚經營線上公共論壇之影響因素研究：計畫行為理論觀點，中興大學國家政策與公共事務研究所學位論文。
21. 黃東益，2000，審慎思辯民調—研究方法的探討與可行性評估。民意研究季刊，211，123-143。
22. 黃東益、蕭乃沂、陳敦源，2003，網際網路時代公民直接參與的機會與挑戰—台北市「市長電子信箱」的個案研究，東吳政治學報，第17期，頁121-151。
23. 黃東益、陳敦源，2004，電子化政府與商議式民主之實踐，臺灣民主季刊1(4)。
24. 黃東益、陳敦源、陳俊明、蕭乃沂，2004，數位時代商議式民主的實驗原型：線上公民顧問團，研考雙月刊28(1)。
25. 黃啟龍，2002，網路上的公共領域實踐：以弱勢社群網站為例，資訊社會研究(3)，頁85-111。
26. 游明儀，2002，網路社群與民主參與，中華傳播學會年會。
27. 曾冠球、陳敦源、胡龍騰，2009，推展公民導向的電子化政府：願景或幻想？公共行政學報，第33期，頁1-43。
28. 楊意菁，2008，網路民意的公共意涵：公眾、公共領域與溝通審議，中華傳播學刊(14)。
29. 楊建基，2006，臺北市議會公民參與之研究—以地方治理途徑分析，臺灣大學政治學研究所學位論文。
30. 鄧宗業、吳嘉苓，2004，法人論壇—新興民主國家的公民參與模式。臺灣民主季刊，1，35-56。
31. 劉宜君，2016，全民健康保險會運作效能之評估研究：健保會委員之觀點。社會政策與社會工作學刊，20(1)，85-128。
32. 賴美淑等，2004，全民健保改革綜論，台北：衛生署。

33. 衛生福利部中央健康保險署，2018，2018-2019 全民健康保險年報，台北：健保署。
34. 衛生福利部全民健保保險會，2014，中華民國 102 年版全民健康保險會年報，台北：健保會。
35. 衛生福利部全民健保保險會，2017，中華民國 105 年版全民健康保險會年報，台北：健保會。
36. 衛生福利部全民健保保險會，2020，中華民國 108 年版全民健康保險會年報，台北：健保會。
37. 衛生福利部中央健康保險署 (<https://www.nhi.gov.tw/>)
38. 衛生福利部全民健康保險會 (<https://dep.mohw.gov.tw/nhic/mp-116.html>)
39. 謝宗學，2003，網際民主與審議民主之實踐：資訊化社會的桃花源村？資訊社會研究(4)，頁87-139。
40. 羅晉，2008，實踐審議式民主參與之理想：資訊科技、網路公共論壇的應用與發展，中國行政，頁75-96。
41. 羅晉，2010，線上「理想言談情境」有多理想？蘇花國道論壇的分析，行政暨政策學報，第51期，頁125-170。
42. Abelson, J., Forest, P. G., Eyles, J., Smith, P., Martin, E., & Gauvin, F. P. (2003). Deliberations about deliberative methods: issues in the design and evaluation of public participation processes. *Social science & medicine*, 57(2), 239-251.
43. Andersen, I. E., & Jæger, B. (1999). Scenario workshops and consensus conferences: towards more democratic decision-making. *Science and public policy*, 26(5), 331-340.
44. Bächtiger, A., Dryzek, J. S., Mansbridge, J., & Warren, M. E. (Eds.). (2018). *The Oxford handbook of deliberative democracy*. Oxford University Press.
45. Callaghan, G. & Wistow, G. (2006). Publics, patients, citizens, consumers? Power and decision making in primary health care. *Public Administration*, 84, 583-601.
46. Council of Europe. (2000). The Development of Structures for Citizen and Patient Participation in the Decision-Making Process Affecting Health Care. Recommendation 5, Adopted 24/02/2000, Strasbourg: Council of Europe.
47. Dryzek, J. S., & Braithwaite, V. (2000). On the Prospects for Democratic Deliberation: Values Analysis Applied to Australian Politics. *Political psychology*, 21(2), 241-266.
48. Davy Janssen, Raphael Kies.(2005).Online Forums and Deliberative Democracy, *Acta Politica*,

40,317–335.

49. Dolan, P., Cookson, R. & Ferguson, B. (1999). Effect of discussion and deliberation on the public's views of priority setting in health care: focus group study. *British Medical Journal*, 318, 919.
50. Deen G. Freelon. (2010). Analyzing online political discussion using three models of democratic communication, *New media & society*, 12(7), 1172–1190.
51. Elster, J. (1998). *Deliberative democracy*. Cambridge, England/New York: Cambridge University Press.
52. Fiorino, D. J. (1990). Citizen participation and environmental risk: A survey of institutional mechanisms. *Science, Technology, & Human Values*, 15(2), 226-243.
53. Fishkin, J. (1995). Bringing deliberation to democracy: The British experiment. *The Good Society*, 5(3), 45-49.
54. Florin, D. & Dixon, J. (2004). Public involvement in health care. *British Medical Journal*, 328, 159–161.
55. Forster, R. & Gabe, J. (2008). Voice or choice? Patient and public involvement in the National Health Service in England under New Labour. *International Journal of Health Services*, 38, 333–356.
56. Jon Elster. (1998) *Deliberative Democracy*. Cambridge University Press.
57. Lomas, J. (1997). Reluctant rationers: public input into health care priorities. *Journal of Health Services Research and Policy*, 2, 103–111.
58. Leroux, T., Hirtle, M., & Fortin, L. N. (1998). An Overview of Public Consultation Mechanisms Developed to Address the Ethical and Social Issues Raised by Biotechnology. *Journal of Consumer Policy*, 21,445-481.
59. Levine, P., Fung, A., & Gastil, J. W. (2005). Future directions for public deliberation. *Journal of Public Deliberation*,1(1).
60. Lincoln Dahlberg.(2001). The Internet and Democratic Discourse, Information. *Communication & Society*, 4(4), 615–633.
61. Liza Tsaliki. (2002). Online forums and the enlargement of public space: research findings from a European project, *the Public*, vol.9,95-112.
62. Manin, B. (1987). On legitimacy and political deliberation. *Political theory*, 15(3), 338-368.
63. Mullen, P. (1999). Public involvement in health care priority setting: an overview of methods for eliciting values. *Health Expectations*,2, 222–234.
64. Mitton, C., Smith, N., Peacock, S., McEvoy, B. & Abelson, J. (2009). Public participation in health

- care priority setting: a scoping review. *Health Policy*, 91, 219–228.
65. Chambers, S. (2003). Deliberative democratic theory. *Annual review of political science*, 6(1), 307-326.
 66. Martí, J. L. (2017). Pluralism and consensus in deliberative democracy. *Critical Review of International Social and Political Philosophy*, 20(5), 556-579.
 67. Milbrath, L. W. (1981). Citizen surveys as citizen participation mechanisms. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 17(4), 478-496.
 68. Network, D. (1998). *Democratic practice: A guide*. London: Local Government Association Publications.
 69. Przeworski, A., Stokes, S. C. S., Stokes, S. C., & Manin, B. (Eds.). (1999). *Democracy, accountability, and representation* (Vol. 2). Cambridge University Press.
 70. Perhac Jr, R. M. (1998). Comparative Risk Assessment: Where Does the Public Fit In?. *Science, Technology & Human Value*, 23(2), 221-241.
 71. Peter Dahlgren. (2005) The Internet, Public Spheres, and Political Communication: Dispersion and Deliberation, *Political Communication*, 22(2), 147-162.
 72. Rowe, G., & Frewer, L. J. (2000). Public Participation Methods: A Framework for Evaluation. *Science, Technology & Human Value*, 18(3), 341-360.
 73. Rowe, G., & Frewer, L. J. (2005). A typology of public engagement mechanisms. *Science, Technology, & Human Values*, 30(2), 251-290.
 74. Schumpeter, J. A. (1976). II. Capitalism, Socialism, and Democracy, 1942.
 75. Scott wright, John street. (2007). Democracy, deliberation and design: the case of online discussion forums, *New Media & Society*, 9(5).
 76. Scott Wright. (2011). Politics as usual? Revolution, normalization and a new agenda for online deliberation, *New media & society*, 14(2), 244–261.
 77. Gastil, J. (2000). Is face-to-face citizen deliberation a luxury or a necessity?. *Political communication*, 17(4), 357-361.
 78. Terrell, I. S., McNeese, M. D., & Jefferson Jr, T. (2004). Exploring cognitive work within a 911 dispatch center: Using complementary knowledge elicitation techniques. *Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society Annual Meeting*, 48(3), 605-609.
 79. Tamara Witschge. (2004). *Online deliberation: Possibilities of the Internet for deliberative democracy*, New York: Routledge.
 80. Tanjev Schultz. (2000). *Mass media and the concept of interactivity: an exploratory study of*

online forums and reader email, *SAGE Publications*, Vol.22, 205-221.

81. Young, I. M. (2002). *Inclusion and democracy*. Oxford University press.

附錄一、審議式民調之操作手冊

審議式民調之操作手冊

第一節 介紹與適用時機

一、簡介審議式民調

政府面臨重大的政策決策時，必須以社會大眾的民意作為施政的依據。但是我們應該透過什麼方式取得兼具代表性，又對政策議題有所知情的民意呢？史丹佛大學教授 James Fishkin 提出的審議式民調 (deliberative polls)，正是解方之一。我們所耳熟能詳的民意調查，讓我們得以掌握具有人口組成代表性的民眾，對於特定公共議題的態度和偏好。然而，這些民眾往往是在對這個公共議題的內容和政策選項不甚「理解」，或僅具備簡單且單一的知識的情況下所得出的態度。因此，審議式民調嘗試克服傳統民調的既有限制，利用隨機抽樣產出更具有「代表性」的公民，並且這些公民在公共審議的過程中，透過主辦單位提供的議題資料和官方資訊進一步認識這些公共議題，形成「知情」的民意。

在實際操作上，審議式民調結合了公眾代表性與審議性質。首先，主辦單位會針對某個政策議題隨機抽取出一批全國性樣本，進行問卷調查(前測)，同時徵詢受訪者參與審議會會議的意願。其次，這些受邀而來的受訪者參與審議會會議的過程，會經由程序的設計鼓勵參與和其他公民彼此討論，然後，也會安排來自立場各異的專家提問時間，再配合閱讀相關的資訊，進而認識公共議題在不同的行動方案或政策選項時，會面臨哪些對應的優劣得失。會議的最後，將會對審議會會議的參與者進行會後的問卷調查(後測)，藉以比較民眾參加會議前後，對於政策議題的態度和理解是否產生變化。

從過去辦理的經驗中，我們發現審議式民調的結果幾乎都顯示：公民們參加審議會會議後，對於政策議題的掌握程度明顯提高，態度也有所轉變。具有全國代表性的民意在「知能」上的轉變也顯示，如果一般公民有機會參加審議，他們對政策議題也將更加熟悉。因此，審議式民調所呈現的具有代表性的知情民意，具有政策決定的參考價值。

二、什麼性質的議題適合使用審議式民調？

- (一) 議題不宜只有單一政策選項，而是能發展成好幾個明確的政策選項或是行動方案；且不同的行動方案和政策選項具備多元觀點、利益和價值的衝突。
- (二) 政策議題有其重要性，為大眾所關心，可以吸引許多社會公眾來參與。
- (三) 政策決策者希望理解具代表性的公眾對不同行動方案是否有民意支持度上的差異。

第二節 操作流程

一、審議式民調的必要操作程序為何？

- (一) **建立多元政策選項：**建構出一套政策選項，或是數個的行動方案，讓具有代表性的公民共同審議不同方案的選擇，去思考並決定該怎麼做才能解決問題。
- (二) **成立執行委員會：**邀請不同立場的人士共同組成執行委員會，負責決議審議式民調的重大事務，同時也要監督會議籌備工作的進度。
- (三) **進行民意調查及招募參與者：**以隨機抽樣的方式從全國人口之中抽取一批代表性樣本，針對審議會所要討論的議題，實施公眾民意調查（前測）。在前測完成後，邀請曾經接受前測的這群自願受訪者參加公民審議會。審議活動結束後，再對這群參與者進行與前測題目相同的第二波問卷調查（後測）。
- (四) **提供閱讀資料：**提供民眾一份容易閱讀且內容包含多元觀點的閱讀資料，來介紹各種不同政策選項和行動方案的內容和正反意見，讓公民審議活動的參與者理解不同政策選項的利弊得失。
- (五) **召開公民審議會：**透過小組會議與其他公民的討論，以及全體會議和專家的對談，來理解不同的政策方案的選擇，並進行後測調查，以利瞭解參與者的偏好及議題知識的變化。
- (六) **後續評估：**交叉比對前後測的問卷結果，將結果告知並且同步發布予參與者、委託單位、相關行政決策機關和媒體。

二、如何組成執行委員會？執委會如何運作？

辦理審議式民調，和其他審議民主公民參與模式同樣有標準流程。首先，必須成立執行委員會，決定審議會的重大事務，並監督執行團隊的工作。執行委員會的主要任務，是確保會議過程具備公開、平衡地呈現多元觀點等幾個基本條件，因此，執行委員會的成員，在該議題上必須是具有公信力的專家，並且包含各種不同的立場。

執委會的主要工作有幾項原則：(1)議題以平衡、完整、公正的方式進行設定；(2)議題手冊（閱讀材料）提供正確的資訊和平衡的觀點；(3)聽證專家包含不同的立場；(4)問卷調查和參與者的挑選必須建立在極度嚴謹的科學方法之上。

在邀請執行委員會委員時，應一並附上審議式民調的相關資料，並向每位委員說明籌辦審議式民調的緣由，以及審議式民調的性質和操作流程，於執行委員會召開第一次會議時，再次強調說明，以利執行委員充分瞭解會議的性質和任務。執行委員會一般需要召開三到四次會議。在執行委員會會議中，執行團隊也應就各階段的籌備狀況，向執行委員會報告。

三、設定議題時應該要考慮哪些因素？

審議式民調有兩個目的：一個是公眾教育，另一個則是政策影響。對參與者來說，藉由審議的過程，得以讓他們增長知識、理解議題；對於決策者來說，透過意見調查所呈現的審議結果，使他們掌握具有代表性的這群民眾，對該議題的政策選項所抱持的態度。因此，在設定議題時我們必須考慮以下幾點：

- (一) 如何讓公眾更加理解議題。具體而言，如何讓公眾理解不同的政策選項所導致的後果，以及可能牽涉到的層面。
- (二) 如何提出該議題的可行、合理的替代方案，讓具有代表性的公眾能審議不同的方案，思考並決定該怎麼做才能解決問題。
- (三) 另外，當我們從以上兩個面向設定議題時，我們還必須同時顧及到我們所面對的議題是具有爭議性的。因此，議題的設定方式必須正當，且足以獲取公眾及利害關係人的信任。提出替代方案時，也不能抱持既定的意識形態，我們必須思考，討論是否包含持有不同立場的利益關係人的觀點？有沒有哪些重大的政策方案被忽略甚至是刻意排除？

四、議題的設定呈現的形式為何？

在設定議題時，應該提供超過兩種可供選擇的選項，如此，討論才能比較多原，也能夠避免兩極化的現象。每個政策選項，應該要有以下的描述：

- (一) 概述這個政策或行動選項對特定群體、政府和整體社會公眾等不同群體各自帶來什麼影響？
- (二) 必須以一般民眾能理解的語言說明這個政策選項的利弊得失，避免過於艱澀專業的詞彙阻礙民眾認識議題的權利。

五、應該以什麼程序進行議題設定？

當政府機構委託學術機構或社會團體辦理審議式民調時，必須和執行團隊溝通政府機構在該議題領域的核心關懷。執行團隊根據上述考量，形成初步的議題架構，交由執行委員會討論。然而，需特別注意的是政府機構對該議題可能已經有想要的政策選項，因此，執行團隊和執行委員會在設定議題時，除了考量政府已經形成的政策選項，納為意見調查項目，也要注意不能僅根據政府提出的政策選項來設定議題，因為政府的選項可能不夠全面，忽略民間替代方案，或在公眾眼中是有偏誤的。

六、如何撰寫議題手冊？

審議式民調根據所要討論的議題撰寫議題手冊。議題手冊提供平衡的觀點和充分的訊息，以容易閱讀的方式，介紹處理該議題的各種政策選項和行動方案，說明各個選項和方案的影響和利弊得失，讓參與者能夠瞭解議題。

七、如何進行民意調查？

全國性議題的審議式民調，在舉辦公民審議活動之前，先以隨機抽樣的方式從全國人口之中抽取代表性樣本，針對會議所要討論的議題，進行第一次公眾民意調查（前測）。審議活動結束後，再邀請參與者針對相同問題，進行第二次問卷調查（後測）。前測和後測的問卷內容，除了訪問受訪者對會議所討論的不同政策選項的想法，也會分析受訪者對議題的理解程度。透過前後兩次問卷調查，可以比較參與會議的公民，和第一次全國性抽樣的民眾意見的態度有無差異，也得以比較參與者在參加公民審議活動前後，對不同政策選項的態度，以及對議題的理解程度，是否有所改變。

八、如何招募公民參加審議活動？

進行公眾民意的前測調查之時，會在完成問卷後，向受訪的公民介紹審議式民調的目的，並通知會議日期、會議期程、所需花費的時間，以及將獲得的酬勞，詢問他們是否有意願參加。如果受訪者表示有興趣參與，則加以登記，事後保持聯絡確保參與的可能性。

公眾民意調查的工作，可能由執行團隊親自進行，也可能委由民調機構進行。倘若是委託民調機構進行，在完成問卷調查，登記有興趣的參與者之後，後續的聯絡工作就由執行團隊接手，避免民眾的個資外洩。

不過，我們發現在民調過程中表示有意願參與會議的人數，往往會少於預計招募的人數。假如主辦單位預計招募 100 位公民參與審議活動，在 1000 份全國性隨機樣本的訪談中，若是有 100 位受訪者表示有參與的意願，執行團隊便不需要另外尋找額外參加公民。話雖如此，即便有參與意願的人數高於預定招募人數，也不必第一時間將多餘的人數排除於名單之外。原因是許多民眾可能會在後續的聯絡過程中流失，因此實際參與會議的民眾往往低於原先有意願之人數。所以，執行團隊應登記所有有興趣之公民。只有在表達參與意願的人數超過預定招募人數的兩倍，才需要進行抽選。如果需要進行抽選，則以隨機抽樣方式進行即可。

登記有興趣參與的公民之後，必須盡快寄出確認信函，並附上審議式民調的說明。直到開會前，必須定期和這些公民們保持聯絡，以確保他們能夠出席會議。召開會議之前，必須將議題手冊和會議相關資訊郵寄給參與者。

九、公民審議會會議的必要程序有哪些？

公民審議會會議召開的期間，從一天至三天不等，通常執行團隊的安排會是星期五傍晚到星期天中午。辦理審議會會議的主要目的是讓民眾經由「審議」民主的模式進而「認識」特定的公共議題，最後則透過「後測問卷」測量民意是否有所轉變。流程如下：

- (一) 在小組會議或是其他公民的討論中，確認自己是否正確理解議題手冊提供的資訊和事實。

- (二) 在小組會議中討論不同政策方案的選擇，並從中認識個人價值與集體價值的異同。
- (三) 透過小組會議形成組內問題，以利在下一階段的全體會議中詢問專家學者。
- (四) 在全體會議時向不同立場的專家提出組內問題，認識多元觀點的利弊得失。
- (五) 回到小組討論中，思考所有政策選項，如果可以的話，提出小組集體所偏好的選項。
- (六) 進行後測問卷調查，瞭解參與者的偏好及議題知識的變化。

十、公民審議會的流程該如何進行？

(一) 開幕與介紹審議民主

參與者報到之後，抵達全體成員參加的會議廳參加開幕儀式。計畫主持人將大概介紹審議式民調的原理與程序，詳述本次公民審議會議的議程，並回答參與者的提問。

(二) 分組小組討論

開幕介紹之後，參與者分別到事先分配的小組進行討論。小組的組同時應注意人口特徵是否平衡。在小組會議中，參與的公民針對預先設定的政策選項或行動方案進行討論，探討每個選項和方案可能造成的後果、優缺點、以及背後的價值。公民之間可以互相對答，進行對話。在小組討論進行的過程中，參與者也同時蒐集一些有待查證，並且準備在全體會議中詢問專家學者的問題。在小組討論結束前，也要統整詢問專家的問題。

(三) 全體會議

在全體會議中，由不同立場的專家來回答各個小組所提出的問題。審議式民調所邀請的專家，雖然對於議題有不同的詮釋和立場，但他們的角色傾向「知識的協助者」，而不是「立場的辯護者」。因此，他們的任務在於協助公民參與者理解各個選項的後果和價值，而不是說服公民們接受某個特定選項。儘管我們很難要求專家在回答問題的時候，以全然客觀的立場回應，但執行團隊仍應要求專家盡其所能地以中立態度談論政策選項的優劣得失。尤其當公民們的問題屬於「事實」性問題的範疇時，專家更應該避免談論主觀立場。

在全體會議中，詢問專家的問題，是小組討論所形成的集體問題。小組問題回答完畢之後，如果時間允許，則是開放給個人發問。

(四) 小組討論

在全體會議詢問專家之後，參與者將會再度回到小組討論中，對於專家的回答，進行進一步的思考與討論。參與者再度對所有政策選項審慎的思辯，如果可能的話，盡可能試著提出各

小組成員集體偏好的選項，彙整組內成員共同的意見，也同時將無法達成共識的觀點加以記錄。

(五) 後測問卷

公民審議會會議乃是最後的階段，參與者回到全體會議的場地，填寫一份與前測問卷（公眾民意調查）相同的問卷，以評估參與會議之後，公民們對政策選項的態度和對議題的理解，是否有所轉變。

(六) 報告與回應

在公民審議會會議的尾聲，可以讓參與者和議題領域的主要決策者及利害關係相關團體代表對話，並且報告審議的結果。若是時間允許，執行團隊可以在這個時段針對後測結果進行簡單的摘要報告，以呈現參與者在主要議題和幾個政策選項的意見分佈狀況。公民代表一一報告小組對政策選項的討論，包括共識意見和無法達成共識的觀點。決策者應仔細聆聽並且回應公民審議結果所呈現的意見和想法。

十一、如何進行評估審議式民調的成果？

公民審議會會議結束之後，執行團隊將在後續研究中，比較前後測問卷的結果，並將結果告知參與者、委託機關、相關決策機關和媒體。

第三節 工作項目與執行進度

以六個月，總共 24 週的執行期限，審議式民調的工作項目與執行進度如下表所示。

表附錄 1-3-1 審議式民調工作項目與執行進度表

日期	工作項目	工作內容
第一個月 第一週	召開內部工作會議	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 計畫主持人和三到四位理解公民陪審團和（或）具有議題領域專長的專家組成執行團隊，聘用一位計畫專任助理，以及數名兼任助理。團隊開始運作。 ❖ 與委託機構討論後，草擬政策選項。 ❖ 擬定會議時間與地點。 ❖ 初步規劃討論議題、議題手冊、公民陪審員招募方式，介紹議題和聽證專家名單作，提供執行委員會討論。 ❖ 討論執行委員名單。
第二週 至 第三週	成立執行委員會	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 除計畫主持人之外，邀請四到六位相關領域、立場不同的專家組成執行委員會。也可以邀請一位熟悉公民陪審團，但不嫻熟會議議題領域的專家參與執行委員會。 ❖ 與執委會可能人選聯絡時，應詳細說明公民陪審團的性質，執行委員會的功能與任務。 ❖ 敲定第一次會議時間。
	文獻閱讀與資料收集	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 蒐集該議題相關資訊，包含學術與實務兩個層面的資訊。 ❖ 蒐集與該議題相關的學者專家名單。
	場地租借	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 挑選、預定正式會議的場地。
	選定正式會議主持人	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 選擇一或兩名適合人選擔任會議主持人。

日期	工作項目	工作內容
		❖ 選定之會議主持人盡量出席執行委員會和工作會議，以掌握會議主旨和籌備狀況。
第四週	召開第一次執行委員會會議	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 計畫主持人說明公民會議的性質，執行委員會的功能與工作內容。 ❖ 第一次執行委員會就本次會議進行廣泛的討論與意見交換，包括政策選項、議題手冊、公民招募方式、議程規劃與專家推薦名單等等。 ❖ 確定下次會議時程，並敲定各次執行委員會會議時間。 ❖ 委託單位派員列席執行委員會。
第二個月 第五週	撰寫議題手冊	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 根據執行委員會決定的政策選項，撰寫可閱讀資料，以淺顯易懂的方式提供平衡的觀點和充分的訊息給參與會議的公民。 ❖ 盡量使用寬幅紙張（A2 以上）的印刷格式，並利用圖表使資訊一目了然。
	架設網站	❖ 網站內容至少包含：活動 Q&A、會議主題、審議式民調進行方式、執行團隊、執行委員會、議題手冊、議程。相關內容隨著時程推進將陸續更新。
第六週	設計前後測問卷	❖ 問卷內容除了人口變項之外，也包含對議題的了解程度、對政策方案的偏好、政治社會參與情形，和其他與研究相關之議題。
第七週	專家邀請	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 聯絡專家說明舉辦審議式民調的目的、角色及重要性。 ❖ 寄發邀請函。
第八週	召開第二次執行委員會	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 針對活動籌備進行狀況交換意見和提出建議。 ❖ 討論議題手冊和問卷內容初稿。

日期	工作項目	工作內容
第三個月 第九週 至 第十二週	洽詢民調公司	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 尋找合適的民調公司。 ❖ 與民調公司確認前後測民調執行時間。 ❖ 與民調公司確認執行問卷、樣本規模。
	會議影片製作	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 蒐集與討論議題相關的影片資料。 ❖ 資料內容需兼容各方意見，避免偏袒某一方。
	持續撰寫議題手冊和設計問卷	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 依據執行委員會意見進行修改。
第十二週	召開第三次執行委員會	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 確認議題是否平衡、完整、公正的方式來設定。 ❖ 確認問卷內容。 ❖ 確認專家邀約情況。 ❖ 確認影片內容。 ❖ 確認會議議程、時間與地點 ❖ 核對議題手冊之內容。
第四個月 第十三週	執行前測電話訪問	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 參觀電訪公司訪員訓練。 ❖ 派任督導進駐民調公司，監督民調作業進行。 ❖ 於每日結束後，回收每次電訪結果。
第十四週	聯絡參與者	<ul style="list-style-type: none"> ❖ <u>第一次聯絡</u>：執行團隊根據電訪結果，聯絡「有意願」參與會議者，再度確認其出席意願，以及詢問地址以便寄發會議資料。
	寄發資料給參與者	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 資料內容包括：議題手冊、議程、審議式民調介紹、會議地點的交通方式。
第十五週	主持人、工作人員挑選與訓練	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 尋找受訓過或有相關主持審議式民主會議經驗之人員來主持會議，並帶領公民小組進行討論。 ❖ 會議工作人員的作業訓練與會議流程的熟悉。
	聯絡參與者	<ul style="list-style-type: none"> ❖ <u>第二次聯絡</u>：根據第一次聯絡名單詢問有無收到會議資料，並繼續確認與意願。
第十六週	會前第一次工作會議	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 確定以下事項：

日期	工作項目	工作內容
		<ul style="list-style-type: none"> ❖ 器材以及會議當日餐點之規劃與準備 ❖ 工作人力配置 ❖ 小組主持人培訓 ❖ 會議流程演練 ❖ 保險作業（對象與會公民、工作人員、專家等）
	聯絡參與者	<ul style="list-style-type: none"> ❖ <u>第三次聯絡</u>：針對第二次聯絡名單，提醒其參與時間與地點。
第五個月 第十七週	會前第二次工作會議	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 場地布置 ❖ 大會議場佈置(麥克風音響、投影機、空調、燈光等器材準備、安置妥當的錄影、紀錄與錄音位置) ❖ 影片播放測試 ❖ 安排報到處，以及場地動線規劃，張貼從建築物大門到會議地點之指示牌 ❖ 分組會議場地布置（張貼海報紙、桌椅排成U字形、桌牌與位置安排、安置適當紀錄、錄影與錄音位置） ❖ 會議流程演練
❖ 公民審議會議		
第十八週	問卷資料整理；準備深度訪談和後測電話訪問	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 研擬訪談大綱和名單。 ❖ 確定後測電話問卷。
第十九週 至 第二十週	深度訪談	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 從會議結束後參與者所填的問卷資料中，找尋較為特殊的參與者進行深度訪談
第六個月 第二十一週	執行後測電話訪問	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 會議後一個月進行後測問卷的電訪。 ❖ 針對先前來參與會議的民眾與電訪受訪者但未參與會議的民眾，進行後測電話訪問。
第二十二週 至 第二十三週	資料分析、撰寫結案報告	
第二十四週	繳交結案報告	

第四節 預算項目

一、預算項目

以下所列為執行全國型議題公民會議必要的支出項目，每個項目下的金額則依情況而定。

(一) 人事費

- 研究人員費
- 專兼任助理薪資（專任助理尚需支出雇主負擔勞健保費用、公提儲金）
- 臨時工資
- 專家出席費
- 公民出席費
- 執行委員會出席費
- 會議主持費

(二) 業務費

- 電話調查費
- 膳雜費
- 場地費
- 交通費
- 逐字稿整理費
- 可閱讀資料撰寫
- 電腦耗材費
- 文具紙張費
- 影片拍攝費用
- 行政管理費（學校機構需要編列管理費）
- 影印費
- 郵費
- 雜費

二、預算參考表

以六個月的計畫期限，招募 150 名公民小組，進行一天全國型議題的審議式民調，預算約為一百九十萬。下表為預算參考表：

表附錄 1-4-1 全國型議題審議式民調預算參考表

項 目	金 額	說 明
人事費		
研究人員費	186,000	1.計畫主持人費 10,000(元)*1(人)*6(月)=60,000 2.協同主持人費 7,000(元)*3(人)*6(月)=126,000
專任助理薪資	210,000	35,000(元)*6=210,000 聘用一名碩士級專任助理，負責計畫主要事項安排、規劃、聯絡與執行
兼任助理薪資	30,000	5,000(元)*6=30,000 聘用兼任助理一名，負責協助計畫主要事項安排、規劃、聯絡與執行
雇主負擔勞健保費用	28,488	4,748(元)*6=28,488
公提儲金	13,068	2,178(元)*6=13,068
臨時工資	52,000	160(元)*325(時)=52,000 會議期間與平日雇用臨時工讀生協助會議進行，以及會後之訪談與資料整理等事宜
公民代表出席費	150,000	1,000(元)*150=150,000 每位參與者每日出席費為 1,000 元，邀集 150 名民眾參加
專家出席費	12,000	邀請專家回答公民問題之出席費 2,000(元)*6=12,000
執行委員會出席費	40,000	執行委員會成員出席費 2,000(元)*20(人次)=40,000
會議主持費	44,000	4,000(元)*1(日)*11(人)=44,000 共 10 組主持人，一位全體會議主持人
合計	765,556	
業務費		

項 目	金 額	說 明
電話訪查費	435,000	前測電訪，包含抽樣費、訪訓費、設備租用費、訪員費、督導費、訪員茶水費、電話費、初步報告撰寫印刷等，共約 285,000。 為了避免第一次電訪後民眾的出席意願過少，故編列前測電訪經費 20,000，作為第二波電訪費用：包含抽樣費、訪訓費、設備租用費、訪員費、督導費、訪員茶水費、電話費、初步報告撰寫印刷等，第二波追蹤訪問除了訪問全部的參與者之外，同時也訪問所有原本答應參加，實際卻未參加者，了解未參加原因。接著再從第一波剩下樣本抽取三分之一人數，大約五百人。連同前者共約六百人進行訪問。所需費用約 130,000。
膳雜費	30,000	150(元)*200(人)*3(日)=30,000 會議期間膳雜費用，除 150 位公民外，還包括與會專家與參訪人士，主持人和工作人員，包括午餐，以及茶點費。
場地費	80,000	租借會議場地相關費用，包括 10 間小會議室，以及兩間大會議室。
交通費	150,000	參與者、專家學者參加會議，及會後訪員進行訪談之交通費補助。
影片拍攝費	20,000	議題背景介紹影片拍攝（20 分鐘）。
逐字稿整理費	105,000	70(小時)*1500(元)=105,000 會議全程錄音與會議期間、會後深度訪談逐字稿整理費。
可閱讀資料撰寫	11,600	可閱讀資料撰寫與會議期間相關資料稿費，每千字以 580 元支付。 580(元)*20(千字)=11,600
文具紙張費	10,000	購買業務相關文具、紙張費用。
電腦耗材費	20,000	包括空白錄音帶、電池、碳粉匣等耗材費。
影印費	50,000	平日與會議期間印製資料費用。
郵費	25,000	平日寄送資料與宣傳會議之郵費。
雜費	33,577	宣傳會議、召募公民陪審員、製作感謝狀與其他相關費用支出。

項 目	金 額	說 明
合計	970,177	
行政管理費	164,267	編列學校行政管理費。
總金額	1,900,000	

附錄二、公民陪審團之操作手冊

公民陪審團之操作手冊

第一節 介紹與適用時機

一、簡介公民陪審團

公民陪審團是由隨機抽選的 12 位到 24 位公民組成，每位公民陪審員經過事先閱讀資料，聽取各方專家學者對議題的介紹，理解關於政策選項的不同觀點，進而成為熟悉政策議題的知情公民。他們接下來會針對這些爭議性的政策議題進行討論和說理，並將審議的結果撰寫成公民報告，以對該議題給予建議和做出判決。在完成報告之後，贊助單位（例如：中央政府部門或地方政府）必須做的是針對不同意報告的部分進行說明，而不是完全依據報告執行政策。公民陪審團通常耗時四到五天進行，是一種能夠獲得知情公民對政策決定意見的方法。

二、什麼性質的議題適合使用公民陪審團？

- (一) 人們必須在一個以上的問題解決方案中進行選擇，並仲裁、衡量眾多競爭的利益和價值。
- (二) 議題具有技術複雜性，需要提供知識和資訊以協助公民了解議題。

第二節 操作流程

一、公民陪審團的必要操作程序為何？

- (一) **建立議題：**以「範圍明確、焦點集中、牽涉到不同政策選項爭議」的議題作為會議討論主題。
- (二) **成立執行委員會：**執行委員會由不同立場的人士共同組成，負責決定會議重大事務，監督公民陪審團的進行。
- (三) **招募與挑選參與者：**以隨機抽樣的方式抽選公民陪審員來參與討論。
- (四) **提供閱讀資料：**在會議召開之前，寄送淺顯易懂的閱讀資料（或稱議題手冊）給每一位公民陪審員。其中內容針對討論議題提供事實性的資訊介紹，同時也一併說明不同的政策選項的爭議所在，呈現出關於各選項的正反意見和優劣得失。
- (五) **選擇專家證人：**專家證人分為兩種，一種則是聽證專家，陳述特定的觀點和政策選項，為該立場辯護，促進公民陪審員更清楚議題之爭議點；一種是介紹專家，負責解釋議題性質，對於可能的問題解決方案進行說明。
- (六) **舉辦正式會議：**正式會議中，公民陪審員透過專家介紹了解問題，並且聽取各方代表的觀點，最後透過討論和說理達成結論，並整理成意見報告書。

二、如何成立執行委員會？

著手籌備公民陪審團之際，計畫主持人需與議題領域的專家學者、政府部門代表以及相關社會團體人士組成執行委員會，一同規劃會議，同時確保會議的進行可以達到公開、平衡且具有建設性的辯論。執行委員會的功能不只是負責重大的會議事項決議，同時也要監督會議的執行，決議事項包含：參與會議者（公民陪審員）的招募與挑選，討論介紹議題和擔任證人的專家名單，發展出適切的議題，規劃恰當的議程，以及核查提供給與會者的議題手冊內容。

公民陪審團所要討論的議題通常是具有高度爭議的政策選擇，執行委員應盡量涵蓋相關利害團體，避免議題、議程與證人名單不致發生偏頗和錯誤，同時也能確保所有重要意義的觀點都能納入於執行委員會，公民陪審團的計畫也較能獲得利害關係人支持。因此，執行委員會的委員主要有兩種類型，第一種類型的執行委員則是議題相關的利害關係人，第二種類型的執行委員不涉入該議題的利害關係，但卻是相當關心、了解議題者。

三、執行委員會的運作方式為何？

執行委員會中需擬定議題、討論議程、參與者的招募方式和抽選原則、閱讀資料的內容、專題演講的人選，以及正式會議的議程。一般將召開三到四次執行委員會會議，由計畫主持人來主持，執行團隊也針對籌備狀況向小組委員報告。

執行委員們的角色是提供執行團隊建議與協助，讓公民陪審團能以平衡而客觀的方式呈現重要爭議和不同觀點。邀請執行委員時，應介紹公民陪審團籌辦緣由、性質及操作流程，以及附上其相關資料。並於第一次執行委員會議召開時再次說明，讓執行委員了解會議的內涵和任務。

四、如何選定討論議題？

公民陪審團的籌備過程中，確立議題是舉足輕重的一環。議題的設定勢必影響介紹專家和聽證專家的選擇、整體議程規劃、公民審議的內容以及建議形式。討論議題必須聚焦、清楚明確，且涵蓋不同爭議點。議題範圍過於寬廣雖然不適合，但太狹隘也無法發展，必須保有公民陪審員可以回應和提出意見的空間。

政府機構首先提出他們所關切的議題與需要，與接受委託的執行團隊溝通後，一同草擬初步議題，再交由給執行委員們討論。計畫主持人和執行委員會對議題加以精煉與修正，同時確保議題的用字符合委託單位之意旨且沒有任何偏誤。議題中涵蓋的問題可以彼此相關或各自獨立，原則上來說，包括子議題在內的總問題數不應超過三個，如此方能在有限的會議時間內進行充分的討論。

表附錄 2-2-1 淡水河整治公民陪審團的議題

以 2007 年台大社會系、世新行政管理系和政大公行系接受行政院研考會委託辦理的「淡水河整治公民陪審團」為例。這次公民陪審團的討論議題有兩個問題：

- ☞ 如何營造淡水河河岸的親水空間？
- ☞ 如何處理淡水河污染問題？

這兩個問題可以各自獨立同時但又彼此相關。每個問題都涉及不同的政策選項的爭議。營造淡水河之親水空間，「生態」模式強調人與其他生物共存的空間，也有「人工」模式，像是開闢具有運動及遊戲場地、自行車道，甚至是具有咖啡座和水岸餐廳的河濱公園，主體為人的休憩活動；淡水河的污染整治，則是包含有「下水道模式」和「人工濕地模式」兩種選項的爭議。

五、如何撰寫可閱讀資料（議題手冊）？

議題手冊在公民陪審團當中雖然非必要，但是提供相關的可閱讀資料除了可以幫助參與者事先理解議題的性質和爭議，在討論的過程中也利於參與者隨時取得參考資料，藉由事實性的知識釐清狀況。議題手冊提供事實性的資訊介紹，同時說明不同政策選項的爭議所在、正反意見和優劣得失。議題資料內容應淺白易懂，避免艱澀難懂的專業術語或拗口的文句。議題手冊需要經由執行委員會核可，確保資料內容客觀、平衡。

五、招募公民陪審員的方式為何？

(一)確定人口變項

公民陪審團希望參與的公民陪審員足以代表大多數人口，所以會以科學性的抽樣技術進行挑選。在招募與選擇公民陪審員的時候，首先必須確定母群體，以及陪審團員要以哪些人口變項作為基礎。例如全國型議題的討論，就要以全國人口作為母群體。接著要考量哪些母群體的特徵需要精準反映至陪審團，讓陪審團足以成為代表，普遍來說，一般所採用的人口變項包括年齡、教育程度、性別、居住地等。除此之外，往往還會加上與討論議題相關的人口特徵或態度問題，以這些作為「分層抽樣」的依據。假設討論議題是全民健保如何解決財務危機，我們可以以保險身份的類別和對健保的意見作為變項。變項的選擇，是假定它們會影響人們對議題的立場。執行團隊和執行委員會應該仔細衡量什麼條件會影響人們的意見，究竟需要包括哪些變項進來。我們希望在納入這些人口變項或態度變項的分佈後，陪審團的最終的組成接近於議題設定的母群體。

(二)隨機調查

經由隨機抽取受訪對象的方式進行調查，找出潛在的陪審員。主要的方法有面訪、電訪或郵寄問卷，而電話號碼可以從電話簿上面隨機挑選，或是透過購買的方式取得。

訪談開始前，訪員先清楚扼要地說明公民陪審團為何，讓他們相信這是個有意義的活動。接著告知受訪者會議日期，參與所需投入的時間和將獲得的酬勞，再詢問他們的參與意願。

為了取得民眾信任，可以提及委託辦理的政府機構和負責執行的學術機構（或社會團體）的名稱。若受訪者有興趣加入公民陪審團，則要追問其他問題，以取得他的人口特徵或背景。最後，告知受訪者近期將收到更詳細的資訊和會議消息。

(三)郵寄資料給考慮參加的公民

初步調查結束後的隔天，寄給每位有興趣或也許有興趣參與的受訪者一份資料。資料當中應包含：報名表格、公民陪審團的介紹、議題與議程的簡短說明、寄回報名表的回郵信封。若有其他電話報名、網路報名等管道，應清楚說明並留下聯絡人之聯絡方式。

資料寄出約兩週後，聯絡那些表示參與意願卻還沒報名者。報名資料收集完畢後，記錄於資料庫裡。

七、如何抽選公民陪審員？

如前所述，抽選前會先依母體人口組成比率，確定重要的人口變項（或加上已經過調查的態度變項），計算每個類別預定的抽取人數，再從報名者之中，利用「隨機分層抽樣」的技術，抽出符合變項的公民陪審員。理想的情況是，我們希望報名者的人口特質能趨近母體，然而實際操作上不太可能。例如，報名者之中，大專教育程度者的比率，通常都高於全國人口教育程度分佈的比率。如果某個人口特徵的類別占全國人口的比率與占報名者的比率差距懸殊，這時，完全以母體人口組成比率來設定每個類別預定的抽取人數，會造成報名者被抽中的機會相差過大。這種情況下，則需要同時考量該類別「占母體比率」和「占報名者比例」兩項因素，加以權衡之後計算抽取人數。這部分詳細的抽樣程序可以參考公民會議。

一般而言，計畫執行機構以訪談的方式接觸到之公民陪審團報名者，比起因主動得到資訊而報名的公民會議參加者，較為可能出現臨時缺席會議或未能全程參與的情形，因此，有必要抽取相當名額的候補陪審員以確保會議順利進行。

抽選完畢後，要以電話聯絡陪審員，告知他們抽選結果並確認能否出席，緊接著寄出會議的相關資料，其中應附有：(1) 一封正式信函，以感謝他們願意參加這個活動，(2) 說明對於公民陪審員的期待和要求，(3) 會議議程，(4) 可閱讀資料（若有準備則要於此一起寄出），(5) 會議地點的交通、地圖、住宿、特殊需求等資訊。

會議召開之前，必須和公民陪審員保持聯絡，持續追蹤以確保他們可以參與會議。如果不

能出席，則須盡快聯繫人口特徵相近的候補陪審員，以利名額遞補。

八、如何選擇專家證人？

為幫助陪審員了解議題和各種政策選項，公民陪審團會邀請介紹議題的專家和聽證的專家。他們的角色，就像是公民會議中預備會議的講師和正式會議的專家。介紹議題的專家，是中立的介紹人，他們負責以不偏頗的方式，解釋問題背後的歷史和脈絡，說明討論議題可能的解決方案，讓公民陪審員對複雜的議題有概觀的理解。他們對議題的介紹，主要的用意是建構出一個可以辯論不同觀點的基礎。專家證人則是陳述特定的觀點和政策選項，他們不必對於討論議題保持中立，而是要替特定立場辯護，讓公民陪審員能夠清楚議題的爭議點，進而思考各種問題解決方案的合理性和可能產生的後果。專家證人的組成必須平衡、不偏頗，以確保議題的各種立場都能有代表發聲。上述所提及的專家證人，都要用一般公民能理解的話語來解釋議題。在會議當中，專家會概述自身的觀點，且應留有時間來面對陪審員的提問進行回答。

專家人選必須由執行委員會共同討論決定。聯絡專家時，必須向他們說明公民陪審團為何，以及專家證人所扮演的角色，並且告知會議日期、時間，講述和問答時間限制。請專家證人提供書面背景資料，也同時請聽證專家準備簡要的立場聲明。

九、正式會議總共舉行幾天？議程如何安排？

公民陪審團的正式會議通常需要三到五天進行。會議時間長度依議題的複雜程度、討論範圍，以及公民陪審員所要回答的問題多寡而有所不同。若議題的性質較複雜、範圍較廣、公民陪審員所要回答的問題較多，會議所需的時間自然較長。此外，要留意的是，會議的天數將影響參與者意願，而實際的預算問題，也影響會議天數的規劃。

不論規劃進行的天數為何，公民陪審團的正式會議普遍來說都分為三個步驟：(1) 介紹：透過專家介紹來理解問題；(2) 聽證：聽取各方代表說明對議題和政策選項的觀點；(3) 審議：公民陪審員經由討論，對議題達成結論。

十、正式會議如何進行議題介紹和專家聽證？

(一)介紹

正式會議開始時，首先由陪審員自我介紹、相互認識，接著由計畫主持人說明公民陪審團的原理與操作，解釋本次計畫的細節，以及會議進行的程序規則。再來由專家負責介紹議題。時段的安排可以根據議題的面向，將專家介紹議題的部分區分成數個時段。在各個議題介紹時段之間，可以安排公民陪審員的討論，讓陪審員交換個人經驗，或對議題提出初步的看法。

(二)聽證

議題介紹完畢後，接下來是讓公民陪審員聽取不同立場的專家證人的陳述，並對專家證人

進行問答。大部分的聽證活動，都會讓專家證人陳述支持自己的觀點，而無須去顧慮他人意見。這種作法的優點是避免不同立場的專家在陪審團面前形成言詞交鋒衝突，破壞審議的情境，而缺點則是缺乏不同觀點之間的對話。因此，在專家證人各自陳述觀點之後，可以安排交叉質詢，使各方的論點獲得進一步的釐清。於專家陳述和交叉質詢之後，再由公民陪審員發問。

公民陪審團可能要討論不只一個問題。因此在議程的安排上，每一個問題，都要進行聽證，也都應該安排討論的時段，讓聽完專家證詞的公民陪審員，可以對該議題交換想法。此階段的討論成果，仍不是最終的結論，但公民陪審團可以從中尋求初步的共識，歸納共同的意見和釐清遺留的爭議，如此能使下一階段的審議更有效率。

十一、正式會議如何進行公民審議？如何形成結論報告？

所有的問題接進行聽證完畢後，便會進入最後階段的審議，目標在對本次議題形成最終的結論。通常會提供明確的政策選項的議題會讓公民陪審團審議，而陪審員則是力求在審議過程中，對於政策方案的選擇或優先順序排列達成共識。如果無法形成一致認同的結論，可以藉由表決的方式進行選擇。然而，動用表決的預期，將會弱化溝通的動力，因此我們建議，除非在不得已的情況，不要輕易採用表決。即使動用了表決，也不是只記錄票數或結果，必須申明正反的理由和觀點。

公民陪審團必須撰寫書面的結論報告，作為政策建議的依據。可以透過分組的方式來進行結論報告撰寫，將每個問題分派給一個小組，將陪審員們先前討論出的集體意見與共識整理成報告。各小組撰寫的報告必須獲得陪審員的全體會議確認。在結論報告中，陪審員必須提供「陪審團如何達到這個建議」的背景訊息。這個背景訊息可能包括正方與反方對於政策選項的評估、不同提議所得的票數、選項排序等。

結論報告完成後，舉辦記者會，對外公布公民陪審團審議的結果，提供決策者作為政策決定的參考。

公民陪審團正式會議的議程，可以參考淡水河整治公民陪審團的案例。

表附錄 2-2-2 淡水河整治公民陪審團議程

第一天議程：介紹		
8:30~9:00 (30 分)	報到	
9:00~10:20 (80 分)	填寫前測問卷(10m) 歡迎(30m) ● 歡迎陪審員 ● 自我介紹&人員介紹 公民陪審團介紹(40m) ● 整體方案概述 ● 程序與議事規則 ● 陪審團的角色 ● 介紹其他的經驗案例	主持人 林國明教授 楊志彬老師
10:20~10:30 (10 分)	休息時間	
10:30~11:30 (60 分)	專家介紹議題一： 背景資料～淡水河大遠景 ● 淡水河是什麼？ ● 淡水河現今的重大問題是什麼？ ● 什麼是淡水河整治？ ● 介紹現今進展（治水預算、死魚事件等）	學者專家 台大生物環境系統工程學系 張尊國 教授
11:30~12:30 (60 分)	午餐	
12:30~14:00 (90 分)	公民討論：價值與原理 ● 介紹和定義價值 ● 討論和增加到表單中 ● 優先的價值	主持人 林國明教授 楊志彬老師
14:00~14:15 (15 分)	茶敘時間	
14:15~15:45 (90 分)	專家介紹議題二： 淡水河整治的經驗～詳細報告（每段均為二十分報告+十分鐘的提問）	1.東南技術學院環境管理系 徐貴新 教授
14:15~14:45	1. 防洪、遊憩	2.行政院公共工程委員會
14:45~15:15	2. 污染整治	李孟彥 副處長
15:15~15:45	3. 淡水河的歷史與空間	3.淡水河守護聯盟

		陳建一 老師
15:45~16:00 (15 分)	休息	
16:00~17:00 (60 分)	公民討論：淡水河的管理經驗 ● 討論現行狀況。什麼是好？什麼是壞？基於價值（values），評估每一個管理經驗	主持人 林國明教授 楊志彬老師
17:00~17:15 (15 分)	本日回顧與明日預覽	

第二天議程：聽證與審議			
8:30~9:00 (30 分)	報到		
9:00~9:15 (15 分)	介紹今天的議程 報告二個淡水河治理議題	主持人 林國明教授 楊志彬老師	開場 由主持人簡單概述今日議程順序以及報告兩個淡水河整治議題。
9:15~11:15 (120 分)	專家聽證：議題#1 如何處理淡水河污染問題？	專家證人 台北市養工處 羅俊昇 處長	本時段分為四個小段落： ● 專家報告 前三個段落皆為二十五分鐘。其中二十分鐘為專家簡報，五分鐘為公民提問（以兩個問題為限）。
9:15~9:40 (25 分)	● 下水道模式		
9:40~10:05 (25 分)			
10:05~10:30 (25 分)	● 人工濕地模式	專家證人 台北縣 李鴻源 副縣長	
10:30~11:15 (45 分)	● 民間團體的觀點	專家證人 淡水河守護聯盟 陳建一老師	● 討論與提問 第四個時段則為交互詰問與公民提問。每個專家證人應先針對其他證人的報告內容提出至少一個問題；公民也可以針對報告內容與證人回答內容提問與討論。
	● 討論與提問	主持人	
11:15~11:30 (15 分)	休息時間		
11:30~13:00	公民審議：議題#1	主持人	

(90分)	如何處理淡水河污染問題？	林國明教授 楊志彬老師	
13:00~14:00 (60分)	午餐		
14:00~16:00 (120分)	專家聽證：議題#2 如何營造淡水河河岸的親水空間？	專家證人 台北縣水利局 林宏政副局長	本時段分為四個小段落： ● 專家報告 前三個段落皆為二十五分鐘。其中二十分鐘為專家簡報，五分鐘為公民提問（以兩個問題為限）。
14:00~14:25 (25分)	● 河濱公園		
14:25~14:50 (25分)			
14:50~15:15 (25分)	● 冬山河的經驗	專家證人 中華民國景觀學會 郭中端老師	● 討論與提問 第四個時段則為交互詰問與公民提問。每個專家證人應先針對其他證人的報告內容提出至少一個問題；公民也可以針對報告內容與證人回答內容提問與討論。
15:15~16:00 (45分)	● 在地居民的觀點	專家證人 台灣海洋大學海洋資源管理研究所 邱文彥教授	
	● 討論與提問	主持人	
16:00~16:15 (15分)	休息時間		
16:15~17:45 (90分)	公民審議：議題#2 如何營造淡水河河岸的親水空間？	主持人 林國明教授 楊志彬老師	
17:45~18:00 (15分)	本日回顧與下週議程預覽		

第三天議程：形成結論、公布報告		
8:30~9:00 (30分)	報到	
9:00~9:15 (15分)	介紹今天的議程	主持人 林國明教授
9:15~11:30 (135分)	開始整體的審慎思辨討論 再次確認討論後的建議	楊志彬老師

	修訂、改正或增加建議	
11:30~12:30 (60分)	午餐	
12:30~14:30 (120分)	撰寫陪審團結論報告	
14:30~15:30 (60分)	準備記者會	
15:30~16:00 (30分)	記者會	
16:00~16:30 (30分)	閉幕、填寫後測問卷	

第三節 工作項目與執行進度

以六個月，24 週的執行期限，公民陪審團的執行進度與工作項目如下表所示。

表附錄 2-3-1 公民陪審團工作項目與執行進度

日期	工作項目	工作內容
第一個月 第一週	召開內部工作會議	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 計畫主持人和三到四位瞭解公民陪審團和(或)具有議題領域專長的專家組成執行團隊，聘用一位計畫專任助理，可能還有數名兼任助理。團隊開始運作。 ❖ 與委託機構討論後，草擬初步議題。 ❖ 設定會議時間與地點。 ❖ 對討論議題、可閱讀資料的內容和撰稿者、公民陪審員召募方式，介紹議題和聽證專家名單作初步規劃，提供執行委員會討論。 ❖ 討論執行委員名單。
第二週 至 第三週	成立執行委員會	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 除計畫主持人之外，邀請四到六位相關領域、立場不同的專家組成執行委員會。也可以邀請一位熟悉公民陪審團，但不嫻熟會議議題領域的專家參與執行委員會。

日期	工作項目	工作內容
		<ul style="list-style-type: none"> ❖ 與可能人選聯繫時，應詳細說明公民陪審團的性質，執行委員會的功能與任務。 ❖ 敲定第一次會議時間。
	文獻閱讀與資料收集	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 收集該議題相關資訊，包含學術與實務兩個層面的資訊。 ❖ 收集與該議題相關的學者專家名單。
	場地安排	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 預定正式會議的場地。
	選定正式會議的主持人	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 選定一或兩名適合人選擔任會議主持人。 ❖ 預定之會議的主持人盡量出席執行委員會和工作會議，以了解會議主旨和籌備狀況。
第四週	召開執行委員會第一次會議	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 計畫主持人說明公民會議的性質，執行委員會的功能與工作內容。 ❖ 第一次執行委員會就本次會議進行廣泛的討論與意見交換，包括會議討論議題、可閱讀資料架構、公民召募方式、議程規劃與專家推薦名單等等。 ❖ 確定會議時程，並敲定各次執行委員會會議時間。 ❖ 委託單位列席執行委員會。
第二個月 第五週	撰寫可閱讀資料初稿	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 根據執行委員會確定的議題架構，撰寫可閱讀資料，以淺顯易懂的方式提供多元且平衡的觀點和充分的訊息給參與會議的公民。
	確定隨機調查的人口變項	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 先確定母群體，以及陪審團的選擇要以哪些人口變項作為選擇基礎。
	準備隨機調查的相關工作	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 若委託民調機構進行，應在本週確定。 ❖ 若租用民調機構的電話，由本計畫雇用訪員進行訪談，則進行訪員訓練。 ❖ 準備隨機調查的問卷及訪談之指示，包括向受訪者介紹公民陪審團和議題的書面資料，
	邀請介紹議題和聽證的專家	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 根據執行委員會討論通過的名單(需有備取人選)，聯繫專家。 ❖ 向受邀專家說明公民陪審團、介紹議題的專家和聽證專家的

日期	工作項目	工作內容
		<p>角色，需要介紹或陳述立場的主題，會議日期與時間，以及時間限制，並請提供書面背景資料。</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ 介紹議題的專家和聽證專家皆需準備書面資料，聽證的專家請他們同時準備簡要的立場聲明。
	架設網站	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 網站內容至少應包括：計畫Q&A、執行團隊與執行委員會名單、會議主題、公民陪審員招募方式、可閱讀資料內容、議程。相關內容隨時程的進行陸續上網。
第六週至第七週	招募公民陪審員：隨機調查	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 以隨機方式抽取受訪對象進行調查。 ❖ 訪談開始的時候，先簡要說明什麼是公民陪審團，讓他們相信這個計畫是有意義的活動，並告知會議日期，所需投入的時間和將獲得的酬勞，詢問他們是否有興趣參加。如果受訪者表達參與意願，則進一步問一些額外的問題，來取得人口特徵。
	招募公民陪審員：聯絡、追蹤有參與意願的受訪者並接受報名	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 在調查訪問結束後隔天，應該要寄一份資料給那些表達參與意願的受訪者。這份資料應包含：公民陪審團的介紹、討論議題與議程的簡短說明、報名表格，和寄回表格的回郵信封（或留下電話報名，電子郵件報名或網路報名的方式） ❖ 報名表格寄回來後，要紀錄在資料庫。資料寄出大約兩週後，對那些曾表示參與意願但還沒報名者，再以電話聯絡。 ❖ 接受報名時間約為一個月。
第八週	召開第二次執行委員會	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 檢討目前相關工作的進行，包含公民陪審員招募情況、可閱讀資料撰寫概況、議題介紹專家和聽證專家邀請狀況等。
第三個月第九週	確定議題介紹專家和聽證，請準備發言大綱	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 請專家提交授課內容大綱，工作團隊討論是否與規劃內容相符。若有不符之處，進行溝通。

日期	工作項目	工作內容
第十週	聯絡、追蹤在隨機調查中表達參與意願的受訪者	❖ 對那些曾表示參與意願但還沒報名者，再以電話聯繫，邀請其報名。
第十一週	公民小組招募報名截止	❖ 根據性別、教育程度、年齡、職業和其他重要人口變項整理報名者名單。 ❖ 統計報名者在重要的人口變項上的分佈狀況。
第十二週	完成可閱讀資料初稿	❖ 初稿需在執行委員召開之前完成寄給執行委員，讓執行委員有時間閱讀。
	召開第三次執行委員會	❖ 本次執行委員會應預留較長的會議時間，討論事項包括： 閱讀資料初稿 公民陪審員抽選原則和方式
	抽選公民陪審員	❖ 工作團隊根據執行委員會所決議的抽選原則進行抽選。程序上，以分層隨機抽樣的技術，使公民陪審員在性別、年齡、教育程度和戶籍地的分佈，符合或接近於執行委員會所通過的期望人數。 ❖ 抽選過程應全程錄音，完整記錄抽選步驟。
第四個月 第十三週	聯絡公民陪審員並確定名單	❖ 與抽中的公民聯絡，確定他們是否能夠參加會議。 ❖ 聯絡不上或放棄參加者，則從特質相同或接近的報名者中抽選替補者。
第十四週	編輯並印製完成閱讀資料	❖ 根據執行委員會的意見進行最後修改。
	聯絡公民陪審員	❖ 持續與公民陪審員保持聯繫，確定其能夠出席。若突然變卦不能出席，則從特質相同或接近的報名者中抽選替補者。
第十五週	介紹議題和聽證專家繳交發言之書面資料	❖ 簡報檔案或完整文稿均可。
	寄發資料給公民陪審員	❖ 資料內容包括： 公民陪審團介紹 閱讀手冊 介紹議題和聽證專家發言之書面資料、專家背景介紹 會議地點的交通方式 住宿資訊
	擬定出席公布結論報告記者會	❖ 邀請對象包括相關部會之政府

日期	工作項目	工作內容
	之名單並進行邀請	首長、立法委員、社會團體。
第十六週	與公民陪審員聯繫	❖ 確定其能夠出席會議。
第五個月 第十七週	正式會議第一、二天	
	確定公布結論報告出席名單	❖ 邀請對象包括相關部會之政府首長、立法委員、社會團體、預備會議及正式會議之專家。
	聯絡媒體採訪公布結論報告記者會	❖ 發採訪通知及新聞稿。
第十八週	正式會議第三天	
第十九週 至 第二十週	訪問公民陪審員	❖ 針對公民陪審員進行深度訪談，以了解這些公民的特質、參與經驗和會議前後態度變遷。
第六個月 第二十一週	資料分析	
第二十二週 至 第二十三週	撰寫結案報告	
第二十四週	繳交結案報告	

第四節 預算項目

一、預算項目

以下所列為執行全國型議題公民陪審團必要的支出項目，每個項目下的金額則視情況而定。

(一) 人事費

- 研究人員費
- 專兼任助理薪資（專任助理尚需支出雇主負擔勞健保費用、公提儲金）
- 臨時工資
- 公民陪審員出席費
- 專家出席費
- 執行委員會出席費
- 會議主持費

(二) 業務費

- 電訪調查費
- 住宿費

- 膳雜費
- 場地費
- 交通費
- 會場視訊處理費
- 逐字稿整理費
- 可閱讀資料撰寫
- 文具紙張費
- 電腦耗材費
- 影印費
- 郵費
- 雜費
- 行政管理費（學校機構需要編列管理費）

二、預算參考表

以六個月的計畫期限，招募 20 名公民陪審員，進行三天全國型議題的公民會議（兩天預備會議），預算約為新台幣一百五十萬元。下表為預算參考表。

表附錄 2-4-1 全國型議題公民陪審團預算參考表

項 目	金 額	說 明
人事費		
研究人員費	186,000	1.計畫主持人費 10,000(元)*1(人)*6(月)=60,000 2.協同主持人費 7,000(元)*3(人)*6(月)=126,000
專任助理薪資	210,000	35,000(元)*6=210,000 聘用碩士級專任助理一名，負責計畫主要事項安排、規劃、聯繫與執行
兼任助理薪資	30,000	5,000(元)*6=30,000 聘用兼任助理一名，負責協助計畫主要事項安排、規劃、聯繫與執行
雇主負擔勞健保費用	28,488	4,748(元)*6=28,488
公提儲金	13,068	2,178(元)*6=13,068
臨時工資	44,800	160(元)*280(時)=44,800 會議期間與平日雇用臨時工讀生協助會議進行，以及會後之訪談與資料整理等事宜
公民小組成員出席費	60,000	每位公民陪審員每日出席費為 1,000 元，會議共舉辦 3 日，邀集 20 名公民陪審員，1,000*3*20=60,000(元)
專家出席費	40,000	邀請專家介紹議題和對談之出席費 2,000(元)*20=40,000
執行委員會出席費	50,000	公民陪審團會議執行委員會成員出席費 2,000(元)*25(人次)=50,000
會議主持費	40,000	4,000(元)*3(日)*2(人)=24,000 會議主持人出席費，由於主持人須全程陪同公民會議，且擔負重要任務，故以專家費用計之
合計	702,356	
業務費		

項 目	金 額	說 明
電話訪查費	200,000	委託民調公司進行 2000 個全國樣本的隨機電話訪談，以招募公民陪審員
住宿費	40,000	會議期間有一日安排住宿，節省交通費用與往返時間，以及補助居住偏遠地區成員會議前一日之住宿費
膳雜費	52,500	350(元)*50(人)*3(日)=52,500 會議期間膳雜費用，除了二十位公民小組成員外，還包括與會專家與參訪人士，包括早中晚餐，以及茶點費
場地費	60,000	租借會議場地相關費用
交通費	60,000	計畫期間訪員進行訪談與公民陪審員、專家學者參加會議之交通費補助
會場視訊處理費	21,000	觀摩與討論場地視訊牽線處理費
逐字稿整理費	90,000	60(小時)*1500(元)=90,000 會議全程錄音與會議期間、會後深度訪談逐字稿整理費
可閱讀資料撰寫	29,000	可閱讀資料撰寫與會議期間相關資料稿費，每千字以 580 元支付。 580 元*50(千字)=58,000
文具紙張費	10,000	購買業務相關文具、紙張費用
電腦耗材費	20,000	包括空白錄音帶、電池、碳粉匣等耗材費
影印費	50,000	平日與會議期間印製資料費用
郵電費	20,000	平日寄送資料與宣傳會議郵電費
雜費	8,780	宣傳會議、招募公民陪審員、製作感謝狀與其他相關費用支出
合計	661,280	
行政管理費	136,364	編列學校行政管理費
總金額	1,500,000	

附錄三、公民共識會議操作手冊

公民共識會議操作手冊

第一節 介紹與適用時機

一、簡介公民共識會議

公民共識會議是邀請不具專業知識的一般民眾，針對具有爭議性的政策，事前閱讀相關資料並進行討論，設定在這個議題領域中他們想要探究的問題。接著，於公開論壇中向專家進行問答。最後，在他們具有一定背景知識的基礎上，對於爭議性問題相互辯論並作出判斷，最後將討論後得出的共識觀點撰寫成正式的書面報告，向社會大眾公布，提供委託機關作為決策參考。

公民共識會議是一種審議民主公民參與模式，在 1980 年代中期於丹麥逐漸發展，而後被推廣到其他國家。目前有超過 20 個國家，利用這種模式討論各種政策議題。2002 年時，公民共識會議首度由「行政院二代健保規劃小組公民參與組」引進臺灣，是在臺灣被應用最多次的審議民主公民參與模式。行政機關所舉行的審議民主公民參與，也都以此種模式為主。自 2004 年到 2006 年，中央政府機關總計舉辦超過十次的公民共識會議，討論議題包括代理孕母、全民健保、水資源管理、合理水價、環境保護、動物放生和護理倫理規範、稅制改革、勞動派遣等。

二、什麼性質的議題適合使用公民共識會議？

- (一) 議題具備技術複雜性，需要投入相當程度的知識與資訊協助社會公眾了解。
- (二) 議題具有高度爭議性，尤其牽涉到基本價值的衝突。
- (三) 議題的政策選項仍在發展階段，需納入公共意見的。
- (四) 議題的影響範圍相當廣，受到社會大眾重視。

第二節 操作流程

一、公民共識會議的必要操作程序為何？

- (一) **確定核心議題**：指出最關鍵且尚待解決的議題，作為會議的討論主題。
- (二) **成立執行委員會**：執行委員會由不同立場的人士共同組成，須監督公民共識會議的進行，並且負責決定公民共識會議的重大事務。
- (三) **招募與挑選參與者**：經由公開管道招募志願者參與會議，再從報名者之中隨機抽選 12

至 20 人組成「公民小組」，抽選的基準應兼顧背景的異質性和觀點的多元性。

- (四) **提供閱讀資料**：會議召開之前，為了讓參與者對於議題的背景知識與爭議焦點有所了解，執行團隊需要事先準備淺顯易懂、觀點平衡的閱讀資料，寄發給每一位參與者。
- (五) **舉行預備會議**：利用二至四天的時間，安排專家介紹議題主要面向的背景知識和多元觀點，讓參與者對議題有更深入的了解。
- (六) **提出問題**：公民小組在預備會議的最後階段，需形成他們要在正式會議中討論並詢問專家的問題。
- (七) **安排正式會議議程**：主辦單位和執行委員會依據公民小組提出的問題安排正式會議的議程。主辦單位得根據核心議題設定出一定要討論的「指定議題」，讓公民小組在正式會議中討論。
- (八) **舉辦正式會議**：利用三至四天的時間進行公開的正式會議，先由專家對公民小組事先擬定的問題進行說明，也回答公民小組於會議現場提出的問題。接著，公民小組自行針對各個議題發表意見進行綜合討論，以尋求共識。
- (九) **撰寫結論報告**：公民小組彼此合作將討論後達成的共識、其他相關意見和反對理由，整理寫成結論報告。撰寫結論報告的過程中，執行團隊可以提供行政和編輯的協助，但不能左右公民小組的意見。
- (十) **公布結論報告**：舉行記者會，對外公佈結論報告，並將結論報告交給權責機關作為政策制訂的參考。

二、公民共識會議如何確立核心議題？

行政機關舉行公民共識會議之初必須界定核心議題，作為會議的主題。而此議題的關鍵在於是要具備爭議性，且仍未被解決的問題。例如 2004 年衛生署國民健康局發動的「代理孕母公民共識會議」，核心問題即為「代理孕母要不要開放？」，2005 年中央健保局發動的「全民健保公民共識會議」，核心問題是「全民健保的財務危機如何解決？」，行政機關委託學術機構或社會團體執行公民共識會議時，必須先與執行單位溝通其所關切的「核心議題」，執行單位才能依據核心議題，提供適切的閱讀材料和安排相關課程幫助參與者了解問題，以免會議的討論方向偏離主題。

核心議題是一定要參與者討論的「指定議題」，而公民共識會議的參與者可以再找出他們想要探討的議題，具有設定議程的主動權。例如在「全民健保公民共識會議」中，公民們自行提出「如何減少醫療浪費、提昇醫療品質」等他們所關心的子議題，但不能拒絕討論核心議題「如何解決全民健保的財務危機」，因為，讓公民們集體審議這個議題，形成政策建議以供政府參考，是召開「全民健保公民共識會議」的主要目的。

三、為何要成立執行委員會？主要的任務為何？

公民共識會議討論的是社會關切且具有爭議性之議題，牽涉到不同觀點的衝突。因此在會議過程中，必須充分呈現不同利益、價值與觀點，方能進行相互溝通和討論。閱讀資料的內容和專家人選，會對參與者所接受的資訊產生影響，而公民小組的挑選方法，更是關乎到成員的組成是否具有觀點的多元性。閱讀資料、專家名單和公民小組的挑選方法，都與公民共識會議能否提供多元、平衡，具有建設性的討論息息相關。因此，這些重大決策不適合由接受政府機構委託的執行團隊決定，而應該由各種不同立場所組成的執行委員會討論，以避免讓特定一方的觀點主導會議的討論。

執行委員會需負責監督公民共識會議的進行，並決定公民共識會議的重大事務。它的主要工作包括：界定討論的範圍、提出預備會議和正式會議的專家名單、決定挑選公民小組成員的方式，審核提供給公民小組的閱讀材料。

四、執行委員會如何組成？如何運作？

除了計畫主持人（執行機構的專案召集人）之外，執行委員會的成員通常還包括政府機構代表、學者專家和相關團體代表。其組成需包含抱持不同立場的成員，秉持開放的態度參與討論。執行委員會的成員的挑選，需考慮代表的周延性、專長互補性、立場多元性。例如，代理孕母公民共識會議的執行委員會成員，包含生殖醫學、醫療倫理、民法親屬和女性權益等各領域的專家代表，他們對於是否開放代理孕母的立場也有所差異。

表附錄 4-2-1 代理孕母公民共識會議執行委員會成員

代理孕母公民共識會議執行委員會成員

- ◇ 林國明（台大社會系副教授，計畫主持人）
- ◇ 陳東升（時任台大社會系主任，二代健保公民參與組召集人）
- ◇ 李國光（馬偕醫院婦產部主任）
- ◇ 陳惠馨（政大法律系教授）
- ◇ 蔡甫昌（台大醫學院社會醫學科助理教授）
- ◇ 盧孳豔（陽明大學社區護理研究所教授，女學會會長）

執行委員會總共必須召開四到五次，實際次數視籌備進度進行調整。執行委員會的會議主席通常由計畫主持人擔任，會議決定則是以共識為原則。在邀請執行委員們召開第一次會議的時候，必須仔細說明公民共識會議的性質和執行委員會的任務，也要提醒執行委員，他們是以個人身份受邀，並不代表其所屬團體。

五、如何招募公民共識會議的參與者？

執行單位應透過公開的方式招募參與者。招募管道可根據目標人口接觸媒介的特性和預算金額，多管齊下地進行，例如：刊登報紙、廣播、網路媒體廣告、召開記者會、隨機樣本電話訪問，或是派送傳單或委託相關單位發放報名表。

在招募公民參與者時，需要說明召開公民共識會議的討論主題、會議時間、目的與參與者全程出席的義務和將獲得的酬勞。公民共識會議是以不具有專業知識的，平時無法透過團體管道表達意見的一般公民為參與主體。除了議題領域的專家和相關利害團體的領導幹部之外，所有願意了解該議題並有意願相互討論的民眾皆可報名。但是，為了確保會議的討論品質，會有相關的年齡限制，通常會設定為具有選舉權資格的年齡。有參與意願的民眾，必須在報名時提供自己的背景（性別、年齡、教育程度、職業與居住地），以及簡述想要參加的原因。

六、公民小組的挑選如何顧及多元差異和代表性？

執行機構從報名參加的名單中，隨機挑選 12-20 人組成參與會議的公民小組。公民小組實際上當然不可能構成全國人口的代表性樣本，但執行委員會在挑選小組成員時，會考量的是多元差異，而非「人口特質的樣本代表性」，希望藉此能達到公民小組成員包容多元觀點的目的。而執行機構和執行委員會必須思考的是：什麼人口特質會影響人們不同的觀點？這些不同的範疇是否都有足夠的人成為公民小組的一員？

性別、教育程度、年齡、職業、居住地區這些人口特質經常是具有影響力的社會範疇，因而希望在性別、教育程度、年齡、職業和居住地等人口特徵的構成盡量呈現異質多元性。而具有影響的社會範疇，則依不同議題而定。「性別」可能會影響參與者對於代理孕母這個議題的態度，但不見得會影響對於「全民健保」的意見。另外，有些不在上述之列的人口變項也可能會影響人們態度的社會範疇。總而言之，執行機構的任務是根據某種社會範疇挑選公民小組時，必須有充分的理由說明該範疇會影響人們對討論的議題的態度。

七、挑選公民小組的操作流程如何進行？

挑選公民小組的操作程序以分層隨機抽樣進行，主辦單位事先設定每個範疇（如不同年齡層、性別、教育程度等）預計抽選的人數，再從符合條件的民眾中隨機抽選。對於全國型的議題來說，如果作為分層的社會範疇是人口變項的話，那麼設定每一分層預計抽選人數時，應該同時考慮該社會範疇「占報名者比率」和「占全國人口的比率」兩項因素。

舉例來說，全民健保公民共識會議公民小組的抽選，預計抽選的總人數為 20 人，在決定不同教育程度預計抽選的名額，如果只考量全國人口的教育程度，高中職以下占約 70%，應該抽選 14 人，大專教育程度占約 30%，應抽選 6 人。但是在 425 位報名者之中，高中職程度者僅有 119 人，占二成八的人數；306 人的學歷為大學或專科以上，約七成二。如果依照「全國人口比率」設定不同教育程度的抽取人數的話，高中職及以下被抽中的比率 12%，大專程度被抽中的比率為 2%，便會導致報名者因教育程度的差異而產生比率懸殊的參與機會。為了促進

參與公民共識會議的民眾，具有社會範疇的異質性，同時兼顧報名者參與機會的公平，可以在決定每一分層的抽選人數的時候，將一起考量該分層「占全國人口比率」和「占報名者人口比率」兩項因素，以各占百分之五十的比重計算。如果以上述公式計算，高中職以下和大專以上預定抽取人數各為 10 人。除了教育程度，其他社會範疇也可以依據以上的方法設定預期抽選人數。

分層隨機抽樣的操作方式為，最重要的變項會作為分層隨機抽樣的第一層，例如：假設我們認為教育程度是影響人們對該議題觀點的最重要變項，可以先以教育程度分層，抽取不同教育程度的預定人數，檢查首輪抽樣名單在其他重要變項（如性別、年齡）的分佈狀況和每一分層預定抽選人數是否相符，接著逐一調整至符合或接近預期人數。

分層抽樣所依據的社會範疇必須經過執行委員會討論。執行委員會也可以訂定其他適當的抽選原則。例如全民健保公民共識會議的執行委員會，對抽選原則曾決定；同一職業、機構、團體與地址不得超過一名；醫療相關產業不得超過三人；醫療相關領域專家學者排除。

抽選原則由執行委員會決議，但是實際的抽選工作，可以由執行團隊依據執行委員會通過的原則進行。抽選過程必須錄音或錄影，保留完整記錄，以示公信。

抽選完成公民小組的成員後，應立即聯絡中選的公民，並於會議召開前，與公民小組保持聯絡，確認公民小組的成員都能夠參加會議。若有無法出席者，則從符合社會範疇特質者（如同性別、教育程度和年齡組）隨機抽選進行遞補。

八、如何撰寫「可閱讀資料」？

為了增進參與者對討論議題的性質和爭議的理解，公民共識會議將準備可閱讀資料（議題手冊），事先提供給公民小組成員閱讀。閱讀手冊通常會概述討論主題的重要面向，包含對於討論議題的不同見解與觀點。閱讀資料應淺顯易懂，避免艱澀難懂的專業術語和拗口的語句。資料內容需要經執行委員會核可，確保資料的多元、客觀、平衡與中立。

九、如何安排預備會議議程？

在正式召開公民共識會議之前，需先安排預備會議，讓公民小組的成員彼此互動，並熟悉他們所要討論的議題。預備會議通常會規劃一至兩個週末的時間安排課程，再搭配閱讀資料的內容，針對討論主題涉及的重要面向公民代表介紹。預備會議的每一堂課，由一位講師介紹必要的知識與資料。講師人選也必須經過執行委員會同意。擔任預備會議課程的講師應具備開放的胸襟，周延、淺顯地介紹各種觀點，不應片面支持特定立場。

可閱讀資料的內容和預備會議的課程，通常是以正式會議的「核心議題」為主軸擬定。舉例而言，「全民健保公民共識會議」的核心議題是「如何解決健保的財務危機」，若是要了解這個核心議題的相關面向，參與者必須知曉全民健保的背景知識、運作現況、健保財務的收支情形，以及解決財務困難的各種方案所可能引起的效果，因此在可閱讀資料和預備會議的課程，

便介紹了幾個扣緊核心議題的面向：「什麼是全民健保」、「全民健保的成就與困境」、「全民健保的錢從哪裡來？花到哪裡去？」「錢不夠了，怎麼辦？」

十、如何安排正式會議議程，以及選擇專家小組？

透過閱讀資料與講師、專家授課，公民小組對該議題有了一定的了解之後，在預備會議的最後階段，形成最終他們要在正式會議中討論並詢問專家的問題。

公民小組的成員自行提出的討論議題，通常涵蓋該政策議題領域的重要面向。針對公民小組欲了解的問題，執行委員會幫忙歸納整合成幾個大主題，以利正式會議的議程安排，並針對特定主題提出不同立場的專家名單，邀請他們到正式會議與公民小組對談。專家小組名單確定後，主辦單位需要邀請專家針對公民小組的成員發問的問題，以淺顯易懂的話語，準備口頭與書面報告。和預備會議專家的角色不同，正式會議的專家，可以抱持明確的價值判斷與立場。不過為了避免意見與詮釋失衡，主辦單位應盡可能邀請持不同意見的專家一同出席專家聽證。

專家以「完整陳述、各自表述」的方式提供參與者意見參考，避免跟參與者及其他專家陷入針鋒相對、即席問答的辯論之中。

下表是 2005 年由中央健康保險局(現為中央健康健保署)委託國立臺灣大學社會學系所舉辦之全民健保公民共識會議的討論議題。各個子題皆由公民小組自行提出，執行委員會負責將這些子題整理成四大議題，並邀請相關領域的專家。

表附錄 4-2-2 全民健保公民共識會議正式會議議題，專家與相關團體代表

議題一：給付範圍與給付權利

- ◇ 是否要調整給付項目？如果要調，哪些項目要調整？是否給付的原則與區分基準為何？
- ◇ 如何處理長期旅居海外人士返國就醫、使用健保資源的問題？
- ◇ 自殺、鬥毆、酗酒等行為造成的傷病是否不給付？

對談專家與相關團體代表

- ◇ 楊銘欽(台灣大學醫管所教授)
- ◇ 雷文玫(中原大學財經法系副教授)
- ◇ 陳宗獻(全國醫師公會全聯會常務理事)

議題二：杜絕醫療浪費與提升醫療品質

- ◇ 如何杜絕不必要的就醫、檢驗、開刀、用藥等浪費行為？
- ◇ 如何提昇醫界專業倫理，改善醫療品質？

- ◇ 總額預算制如何影響費用管控與病患權益？

對談專家與相關團體代表

- ◇ 王貞云(台灣醫療改革基金會辦公室主任)
- ◇ 李玉春(陽明大學衛福研究所教授)
- ◇ 戴國榮(台灣石油工會秘書)
- ◇ 陳榮基(恩主公醫院名譽院長/醫策會顧問)

議題三：健保行政管理與監督

- ◇ 如何建立有效的稽核制度來管理醫療院所？
- ◇ 如何讓健保之收支與運作透明化，以供全民監督？
- ◇ 如何宣導全民健保之定位、困境和健康觀念，讓民眾珍惜健保資源？

對談專家與相關團體代表

- ◇ 朱子斌(台灣醫務管理學會秘書長)
- ◇ 沈茂庭(健保局企劃處經理)
- ◇ 滕西華 (康復之友聯盟)

議題四：增加健保收入

- ◇ 是否要調整費率？
- ◇ 是否要調整部分負擔？
- ◇ 可以增加哪些補充財源，這些財源可為健保增加多少收入？
- ◇ 是否應該以「總所得」作為健保保費的計算基礎，以擴大費基？

對談專家與相關團體代表

- ◇ 朱澤民(台北商業技術學院教授)
- ◇ 張珣(消基會董事)
- ◇ 廖文瑞(台北市產業總工會理事長)
- ◇ 郭永雄(全國工業總會秘書長)

十一、如何安排正式會議的會場？

正式會議的召開時常通常是三到四天，以類似公共論壇的形式進行。除了開放媒體採訪，也邀請立法與行政部門，社會團體和有興趣的一般民眾旁聽。旁聽可以安排一間觀察室，以視訊同步轉播會議，如此一來可以使會議具有開放性，又不會造成旁聽者打擾討論進行的問題。

十二、正式會議的議程如何進行？

以三天的正式會議而言，會議的第一天和第二天，會先由專家針對公民小組事先擬定的問題進行說明，並回答公民小組在會議現場提出的疑問。接著，由公民小組針對各個議題進行綜合討論。公民小組在討論中，針對議題分別發表意見，進行溝通，互相說理，尋求共識。第二天會議結束之後，公民小組依據相互討論形成的共識，書寫結論報告初稿。

第一、二天和第三天的會議時間安排最好間隔一週，讓公民小組有充裕的時間來撰寫結論報告。正式會議第三天，由公民小組全體成員進行結論報告的確認，檢查結論報告的初稿是否有扭曲、疏漏或是詞不達意之處。在結論報告正式公佈之前，可以再安排一個時段，讓專家小組對於報告內容修正事實錯誤和澄清誤解的部分，但他們不能左右或干涉公民小組所表達的觀點。

下表為正式會議議程的範例。

表附錄 4-2-3 全民健保公民共識會議正式會議議程

第一天 (2005 年 1 月 15 日)		
時間	議程	與談人/主持人
09:30-09:40	議程安排說明	林國明
09:40-09:50	確定議事規則及工作分工說明	會議主持人
09:50-10:00	休息	
10:00-12:00	專家對談 主題：給付範圍與給付權利	• 楊銘欽 (台灣大學醫管所副教授) • 雷文玫 (中原大學財經法系副教授) • 林惠芳 (中華民國智障者家長總會秘書長) • 陳宗獻 (全國醫師公會全聯會常務理事)
12:00-13:00	午餐	
13:00-16:00	專家對談 主題：杜絕醫療浪費，提升醫療品質	• 王貞云 (台灣醫療改革基金會) • 李玉春 (陽明大學衛福所副教授)

		<ul style="list-style-type: none"> 戴國榮 (台灣石油工會秘書) 陳榮基 (恩主公醫院名譽院長/醫策會顧問)
16:00-16:20	休息與茶點時間	
16:20-18:00	專家對談 主題：健保行政管理與監督	<ul style="list-style-type: none"> 朱子斌 (台灣醫務管理學會秘書長) 沈茂庭 (中央健康保險局企劃處經理) 滕西華 (康復之友聯盟秘書長)
18:00-19:00	晚餐	
19:00-21:00	綜合討論及形成初步共識	會議主持人
第二天 (2005 年 1 月 16 日)		
時間	議程	與談人/主持人
09:00-12:15	專家對談 主題：增加健保收入	<ul style="list-style-type: none"> 朱澤民 (台北商業技術學院教授) 張珣 (消費者文教基金會董事) 廖文瑞 (台北市產業總工會理事長) 郭永雄 (全國工業總會顧問)
12:15-13:00	午餐	
13:00-15:30	綜合討論及形成初步共識	會議主持人
15:30-15:50	休息與茶點時間	
15:50-17:00	形成整體意見	會議主持人
第三天 (2005 年 1 月 22 日)		
時間	議程	與談人/主持人
09:30-11:00	公民小組認可結論報告	會議主持人
11:00-11:10	休息	--
11:10-12:00	專家澄清事實性錯誤	
12:00-13:15	午餐	--
13:15-14:45	最後確認結論報告	會議主持人
14:45-15:30	休息與印製結論報告	--
15:30-16:30	公民小組公佈結論報告暨頒發感謝狀	主持人 林國明副教授 頒發者 行政院衛生署陳建仁署長

十三、正式會議如何凝聚共識？

在綜合討論階段，主持人會邀請每位公民小組成員輪流發言，並且於白板紀錄每位參與者的發言，待公民小組發言完畢之後，再與公民小組共同梳理發言紀錄。此一階段中，主持人與

公民小組必須盡可能尋找共識性的意見，在看似不同的意見中找到共通處並且歸納。若意見相仿便可徵求公民小組的同意加以歸類、整併，並陳述相關理由；若是出現意見相左之處，則進行討論，遇爭執不下的情況時，主持人可以在不扭曲各項意見的前提下，提出整合的建議。如果還是僵持不下，便可以將不同意見及其理由詳實記錄下來。總之，公民小組必須力求對於爭議性議題討論出共識觀點，無法達成共識的部分，則清楚敘明不同主張的理由。

十四、如何撰寫意見報告書？

經過正式會議的充分討論之後，公民小組的任務便是把共識觀點，以及不同的意見與理由，書寫成結論報告。結論報告可以視為是一組「申論題」，公民小組陳述他們對於每一子題的意見。結論報告的撰寫，可以由幾位主筆人，各就分配到的部分撰寫初稿，或是採取分組的方式進行，由各分組完成所分配到的部分，或，但總體而言負責的仍是公民小組全體。

在實際操作上，第二天凝聚共識的綜合討論結束後，公民小組可以推派幾位主筆人，或是進行分組，根據會議紀錄撰寫結論報告。不管是主筆人或是各個小組，結論報告是以會議共同討論出來的結果為主，應避免新的意見的提出，更不可偷渡個人意見。

在撰寫結論報告的過程，執行團隊可以提供行政和編輯的協助，但不能左右公民小組的意見。

十五、如何公布意見報告書？

會議的最後階段，公開舉辦記者會，對於媒體和社會公眾公佈結論報告，並將結論報告交給權責機關作為制定政策的參考。

第三節 工作項目與執行進度

以六個月，24 週的執行期限，公民共識會議的執行進度與工作項目如下表所示。

表附錄 3-3-1 公民共識會議工作項目與執行進度

日期	工作項目	工作內容
第一個月 第一週	召開內部工作會議	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 計畫主持人和三到四位了解公民共識會議和(或)具有議題領域專長的專家組成執行團隊，聘用一位計畫專任助理，可能還有數名兼任助理。團隊開始運作。 ❖ 執行團隊與委託機構討論核心議題。

日期	工作項目	工作內容
		<ul style="list-style-type: none"> ❖ 確認會議時間與地點。 ❖ 對議題架構、可閱讀資料的內容和撰稿者、公民小組召募方式進行初步規劃，提供執行委員會討論。 ❖ 討論執行委員名單。
第二週 至 第三週	成立執行委員會	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 除計畫主持人之外，邀請四到六位相關領域、立場不同的專家組成執行委員會。也可以邀請一位熟悉公民共識會議，但不嫻熟會議議題領域的專家參與執行委員會。 ❖ 與可能人選聯絡時，應詳細說明公民共識會議的性質，執行委員會的功能與任務。 ❖ 敲定第一次會議時間。
	文獻閱讀與資料收集	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 收集該議題相關資訊，包含學術與實務兩個層面的資訊。 ❖ 收集與該議題相關的學者專家名單。
	場地安排	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 預定預備會議和正式會議的場地。
	選定預備會議或正式會議的主持人	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 選定一或兩名適合人選擔任會議主持人。 ❖ 預定之會議的主持人盡量出席執行委員會和工作會議，以理解會議主旨和籌備狀況。
第四週	召開執行委員會第一次會議	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 計畫主持人說明公民共識會議的性質，執行委員會的功能與工作內容。 ❖ 第一次執行委員會就本次會議進行廣泛的討論與意見交換，包括會議構想、核心議題、可閱讀資料架構、公民召募方式、預備會議課程規劃與專家推薦名單等等。 ❖ 確定會議時程，並敲定各次執行委員會會議時間。 ❖ 委託單位列席執行委員會。
第二個月 第五週	撰寫可閱讀資料初稿	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 根據執行委員會確定的議題架構，撰寫可閱讀資料，以淺顯易懂的方式提供多元平衡的觀點和充分的訊息給參與會議的公民。
	準備召募公民小組相關文件	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 說明召開公民共識會議的目

日期	工作項目	工作內容
		的、會議的主旨和議題、會議時間、參與者的義務與酬勞，以及報名的方式。
	邀請預備會議授課專家	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 根據執行委員會討論通過的預備會議議程和授課專家名單（需有備取人選），聯絡專家。 ❖ 向邀請授課的專家說明公民共識會議的性質、講題內容，請專家以淺顯易懂的方式，準備「內容周延、觀點多元」的演講內容，並製成書面資料。
	架設網站	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 網站內容至少應包括：計畫Q&A、會議主題、執行團隊、執行委員會、公民小組招募訊息、公民小組名單、可閱讀資料內容、預備會議議程和正式會議議程。相關內容隨計畫推進陸續更新於網站。
第六週至第七週	招募公民小組	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 召開記者會，公開說明公民共識會議的性質與目的，以及公民小組成員的招募方式。邀請政府委託機構之首長出席記者會。 ❖ 進行招募的宣傳活動。 ❖ 設定接受報名方式（電子郵件、電話、傳真、郵寄等），需有專人負責處理報名事宜，逐日整理報名者概況。 ❖ 接受報名時間約為一個月。
第八週	召開第二次執行委員會	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 檢討目前相關工作的進行，包括招募情況、可閱讀資料撰寫概況、邀請授課專家等等。
第三個月第九週	確定預備會議授課專家及授課大綱	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 請專家提交授課內容大綱，工作團隊討論是否與規劃內容相符。若有不符之處，進行溝通。
第十週	公民小組招募報名截止	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 根據性別、教育程度、年齡、職業和其他重要人口變項整理報名者名單。 ❖ 統計報名者在重要的人口變項上的分佈狀況。
第十一週	完成可閱讀資料初稿	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 初稿需在執行委員召開之前完成寄給執行委員，讓執行委員有時間閱讀。
	召開第三次執行委員會	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 本次執行委員會應預留較長的會議時間，討論事項包括：公民

日期	工作項目	工作內容
	抽選公民小組	<p>小組成員抽選原則和方式、閱讀資料初稿、邀請授課大綱。</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ 工作團隊根據執行委員會所決議的抽選原則進行抽選。程序上，以分層隨機抽樣的技術，使公民小組在性別、年齡、教育程度和戶籍地的分佈，符合或接近於執行委員會所通過的期望人數。 ❖ 抽選過程應全程錄音，完整記錄抽選步驟。
	聯絡公民小組成員並確定名單	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 與抽中的公民聯絡，確定他們是否能夠參加會議。 ❖ 聯絡不上或放棄參加者，則從特質相同或接近的報名者中抽選替補者。
第十二週	預備會議授課專家繳交演講內容的書面資料	❖ 簡報檔案或完整文稿均可。
	編輯並印製完成閱讀資料	❖ 根據執行委員會的意見進行最後修改。
	寄發資料給公民小組成員	❖ 資料內容包括：閱讀資料、公民共識會議介紹、預備會議議程，授課內容的書面資料、授課專家介紹、會議地點的交通方式和住宿資訊。
第四個月 第十三週	聯絡公民小組成員	持續與公民小組成員保持聯絡，確定其能夠出席。如果突然變卦不能出席，則從特質相同或接近的報名者中抽選替補者。
第十四週	預備會議	
第十五週	召開第四次執行委員會	根據公民小組在預備會議所提出的問題，擬定正式會議的議程，提出預定邀請至正式會議中與公民小組對談的專家名單。
	邀請對談專家	向專家說明公民共識會議的性質，對談的主題，專家的角色，請專家準備書面資料。
第十六週	與公民小組成員聯絡	確定民眾能夠出席正式會議。
	正式會議對談專家繳交書面資料	簡報檔案或完整文稿均可。
	寄發資料給公民小組成員	資料內容包括：正式會議議程、專家對談內容之書面資料、相關補充資料。
第五個月 第十七週	正式會議第一、二天	
	確定公布結論報告出席名單	邀請對象包括相關部會之政府首長、

日期	工作項目	工作內容
		立法委員、社會團體、預備會議及正式會議之專家。
	聯絡媒體採訪公布結論報告記者會	發採訪通知及新聞稿。
	聯絡針對結論報告「澄清事實」的學者	說明其角色只是針對結論報告中與事實不符的部分提出澄清，不能影響或是干涉公民意見。
第十八週	正式會議第三天	
第十九週 至 第二十週	訪問公民小組成員	針對公民小組成員進行深度訪談，以了解這些公民的特質、參與經驗和會議前後態度變遷。
第六個月 第二十一週	資料分析	
第二十二週 至 第二十三週	撰寫結案報告	
第二十四週	繳交結案報告	

第四節 預算項目

一、預算項目

以下所列為執行全國型議題公民共識會議必要的支出項目，每個項目下的金額則視情況而定。

(一) 人事費

- 研究人員費
- 專兼任助理薪資（專任助理尚需支出雇主負擔勞健保費用、公提儲金）
- 臨時工資
- 公民小組成員出席費
- 專家出席費
- 執行委員會出席費
- 會議主持費

(二) 業務費

- 住宿費
- 膳雜費

- 場地費
- 交通費
- 會場視訊處理費
- 逐字稿整理費
- 可閱讀資料撰寫
- 文具紙張費
- 電腦耗材費
- 影印費
- 郵費
- 雜費
- 行政管理費（學校機構需要編列管理費）

二、預算參考表

以六個月的計畫期限，招募 20 名公民小組，進行五天全國型議題的公民共識會議（兩天預備會議），預算約為一百五十萬。下表為預算參考表。

表附錄 3-4-1 全國型議題公民共識會議預算參考表

項 目	金 額	說 明
人事費		
研究人員費	186,000	1.計畫主持人費 10,000(元)*1(人)*6(月)=60,000 2.協同主持人費 7,000(元)*3(人)*6(月)=126,000
專任助理薪資	210,000	35,000(元)*6=210,000 聘用碩士級專任助理一名，負責計畫主要事項安排、規劃、聯絡與執行
兼任助理薪資	30,000	5,000(元)*6=30,000 聘用兼任助理一名，負責協助計畫主要事項安排、規劃、聯絡與執行
雇主負擔勞健保費用	28,488	4,748(元)*6=28,488
公提儲金	13,068	2,178(元)*6=13,068

項 目	金 額	說 明
臨時工資	52,000	160(元)*325(時)=52,000 會議期間與平日雇用臨時工讀生協助會議進行，以及會後之訪談與資料整理等事宜
公民小組成員出席費	100,000	每位公民小組成員每日出席費為 1,000 元，會議共舉辦 5 日，邀集 20 名小組成員，1,000*5*20=100,000(元)
專家出席費	50,000	邀請專家於預備會議演講和正式會議對談之出席費 2,000(元)*25=50,000
執行委員會出席費	50,000	公民共識會議執行委員會成員出席費 2,000(元)*25(人次)=50,000
會議主持費	40,000	4,000(元)*5(日)*2(人)=40,000 會議主持人出席費，由於主持人須全程陪同公民共識會議，且擔負重要任務，故以專家費用計之
合計	759,556	
業務費		
項 目	金 額	說 明
住宿費	80,000	會議期間有兩日安排住宿，節省交通費用與往返時間，以及補助居住偏遠地區成員會議前一日之住宿費
膳雜費	87,500	350(元)*50(人)*5(日)=95,000 會議期間膳雜費用，除二十位公民小組成員外，還包括與會專家與參訪人士，包括早中晚餐，以及茶點費
場地費	90,000	租借會議場地相關費用
交通費	70,000	計畫期間訪員進行訪談與公民小組、專家學者參加會議之交通費補助
會場視訊處理費	21,000	觀摩與討論場地視訊牽線處理費
逐字稿整理費	105,000	70(小時)*1500(元)=105,000 會議全程錄音與會議期間、會後深度訪談逐字稿整理費
可閱讀資料撰寫	29,000	可閱讀資料撰寫與會議期間相關資料稿費，每千字以 580 元支付。 580 元*50(千字)=58,000
文具紙張費	10,000	購買業務相關文具、紙張費用
電腦耗材費	20,000	包括空白錄音帶、電池、碳粉匣等耗材費

項 目	金 額	說 明
影印費	60,000	平日與會議期間印製資料費用
郵費	25,000	平日寄送資料與宣傳會議郵費
雜費	11,980	宣傳會議、招募公民小組、製作感謝狀與其他相關費用支出
合計	609,480	
行政管理費	130,964	編列學校行政管理費
總金額	1,500,000	

附錄四、願景工作坊操作手冊

願景工作坊操作手冊

第一節 介紹與適用時機

一、簡介願景工作坊

願景工作坊(scenario workshop)是在丹麥逐漸發展出來的一種具有審議民主精神的公民參與模式，主要目的是促進一般民眾和專家學者、政府官員、產業界人士以及社會團體代表，齊聚一堂平起平坐，針對社會必須共同面對的問題，交換意見，互相討論，在對話的過程，對於未來願景進行發想，尋求問題的解答。

在多元化的社會裡，人們或許抱持不同的價值觀，又可能因立場不同存在利益衝突，這些普遍存在的困境需要某種機制加以克服。若是要解決這些問題，除了需要蒐集不同立場的知識與資訊，也需要來自不同社群的人們齊心協力合作。然而，由於人們利益不同、價值分歧、認知不一，對於解決問題的最佳方案，也就看法不一，甚至出現衝突對立的僵局。

願景工作坊試圖創造一個對話空間，促使不同的群體能夠合作、溝通，討論出可能的共同願景。其目的是希望促進相關行動者的互動與了解，鼓勵大家形成共識的行動計畫一起來解決問題。除此之外，不同群體的參與，也可以激發各種知識與經驗的交流，進而提升決策的品質。

願景工作坊是一種特殊的會議形式，具備固定的程序和規則。在工作坊進行之前，主辦單位會事先準備「可閱讀資料」，運用淺顯易懂的話語介紹會議所要討論的政策議題，並撰寫一套「劇本」(scenarios)，描述不同的政策方案執行時的可能結果，讓參與者透過對劇本的批判來發展共同願景。

普通來說，舉辦一次工作坊需要耗時兩天的時間，但較為單純的議題，也可以在一天之內完成。正式會議分為三個階段：「了解與批判」、「提出願景」與「行動計畫的具體化」。首先，參與者交換他們的經驗、意見與知識，批評「劇本」所描繪的未來景象，表達自己對未來發展的想像。接著，以前一階段產出的觀點作為基礎，嘗試在其他參加者之間形成初步的共同願景。等到具體化行動計畫的階段，參加者便會進一步提出實行願景的作法。在發展行動計畫的時候，參加者必須理解問題所在，並排序不同的行動計劃的偏好，並詳細地規劃「哪些人必須做哪些事」，方能克服障礙，解決問題，實現願景。

臺灣於2004年由「行政院二代健保規劃小組公民參與組」引進「願景工作坊」的公民參與模式，當時討論的議題為「醫療品質資訊公開」。2005年10月，台大社會系接受行政院勞委會職業訓練局的委託，辦理「國家職訓願景工作坊」。2006年12月，台大社會系、政大公共行政系和世新大學行政管理系共同組成的研究團隊執行行政院研考會的計畫，辦理「淡水河整治願景工作坊」。

二、什麼性質的議題適合使用願景工作坊？

(一) 需要不同行動者通力合作，也需要運用來自各方的資訊和知識，才能集思廣益解決問題的行動方案。

(二) 適用於需要長期規劃的政策議題。

第二節 操作流程

一、願景工作坊的必要操作程序為何？

(一) **擬定討論主題**：根據議題之中最重要的核心問題和面向擬定討論主題，並且聚焦問題。

(二) **成立執行委員會**：由不同立場的人士共同組成執行委員會，監督願景工作坊的進行，並且負責決議願景工作坊的重大事務。

(三) **邀請、招募與挑選參與者**：邀請政府官員、學者專家、產業界人士、社會團體代表以及一般民眾前來參與討論。

(四) **提供閱讀資料**：召開會議之前，寄送淺顯易懂的閱讀資料給每一位參與者。閱讀資料的內容，以會議討論主題為軸心，介紹背景知識和必須資訊。

(五) **撰寫劇本**：編寫劇本描述未來可能的幾種狀況，讓參與者藉由對劇本的批評和討論，逐步形成自己的願景。

(六) **舉行正式會議**：參與者透過交換經驗和想法、批評「劇本」來形成未來發展的共同願景，並提出實現願景的作法。

二、如何擬定願景工作坊的討論議題？

願景工作坊討論的議題是具有未來性的「願景」，例如「我們期望什麼樣的職業訓練？」「我們需要什麼樣的醫療品質資訊？」等議題。由於討論議題的屬性廣泛，如果不限定範圍，很可能因為討論過於發散而因此失焦。為了更加聚焦討論內容，應該擬定具體的討論主題。

主題的挑選非常可能會影響工作坊討論時，所涉及到的議題面向。例如，醫療品質資訊最重要的面向是「內容」、「生產」、「傳播」和「評估」這四個面向，因此，我們可以將會議的討論主題決定為：「我們需要什麼內容的醫療品質資訊？這些資訊內容如何生產？如何傳播與使用？如何評估？」

工作坊的討論主題，也可以依據這個議題領域最關鍵核心的問題而定。例如，在職業訓練這個議題領域中，最核心的問題是：如何提高人民參加職業訓練的意願？如何整合不同的職訓部門與資源？我們需要什麼內容的職業訓練？我們可以依據這些核心問題來擬定會議的討論主題，或者是在主題下增列相關子題。

擬定主題是會議籌備過程中非常關鍵的工作。主題不但會影響整體會議的討論品質，也會間接影響閱讀資料和劇本的撰寫，甚至是願景的討論與建構。

執行團隊事先依據議題領域所牽涉到的重要面向或核心問題擬定會議討論的主題，提交給執行委員會核定。由於面向或議題的選擇涉及專業知識，執行委員必須熟悉相關領域和範疇，才能提出最核心的面向和問題。

問題和面向的選擇將會決定討論主題，因此，會議的「可操作性」必須納入考慮。討論主題不能太過龐雜，以免討論時間不夠充裕，然而，主題也不宜太過狹窄，以免限縮參與者的想像與討論空間。總而言之，執行團隊應選擇議題單一、範圍適中的主題，方能在有限的會議時間內完成討論。

表附錄 4-2-1 勞委會職訓局委託台大社會系辦理之「國家職訓願景工作坊」會議討論主題

- 我們需要什麼內容的職業訓練？
 - ◇ 職業訓練的目標與定位為何？
 - ◇ 職業訓練如何提高人力資本、工作職能與可就業力？
 - ◇ 如何使職業訓練的內容更貼近民眾的需求？
- 如何提高民眾參加職業訓練的意願？
 - ◇ 可以提供何種有效的誘因和補助機制來提高參訓意願？
 - ◇ 如何使民眾更容易取得職訓資訊？
 - ◇ 如何提高民眾參訓的自主性與選擇性？
- 如何整合不同的職訓部門與資源？
 - ◇ 政府各部會的職訓資源如何整合？
 - ◇ 政府與民間部門(企業、民間職訓機構)如何整合與分工？
 - ◇ 學校與職訓單位如何整合？

三、如何組成執行委員會？

籌備願景工作坊的初期，必須邀請政府部門代表、議題領域的學者專家，以及相關社會團體人士，與計畫主持人共同組成執行委員會，協助會議的整體規劃，同時監督會議的進行符合公開、平衡和具有建設性等目標。執行委員會一邊監督會議的執行，另一方面也負責會議事項的重大決議，包括：參與會議者的招募與挑選、議題架構、會議流程的規劃、審核提供給與會者的劇本與參考資料等。

舉辦願景工作坊的目的在於召集不同的行動者共同討論問題的現狀、發展願景，並且提出願景的行動方案。其討論議題所具備的衝突性、未來性，和公民共議會議相比較低，但是人們對於問題的現狀，以及解決方案，仍可能因為價值認知不同、利益的衝突，而產生意見上的分歧。為了確保會議過程能夠呈現多元的觀點，並且讓不同意見有交流的機會，負責決定會議重大事務的執行委員會同樣也應該由不同立場和背景的人士所組成。除了立場的多元性之外，挑選執行委員會的成員，也需要一併考量代表的周延性和專長的互補性，讓議題領域能盡量包含所有知識和利益觀點。

四、執行委員會如何召開？執委會的任務為何？

執行委員會交由計畫主持人主持會議，執行委員會通常需要召開三到四次會議，討論的內容包括會議議題、時程、參與者的招募方式和抽選原則、劇本內容、專題演講人選、可閱讀資料，以及正式會議議程。除此之外，召開例行性執行委員會會議時，執行團隊應向規劃小組委員報告計畫的籌備進度。

執行委員們必須了解他們的角色是提供建議並且協助執行團隊，使願景工作坊的召開能以一種平衡而客觀的方式呈現重要爭議和不同觀點。因此，邀請執行委員會委員時，必須將願景工作坊相關資料附上，並說明籌辦願景工作坊的緣由，以及願景工作坊的性質和操作流程，並於召開第一次執行委員會會議時，再次說明以上緣由，以便讓執行委員了解會議的性質和執行委員會的任務。

五、如何撰寫可閱讀資料？

可閱讀資料的內容主要以會議討論主題為主軸，向參與者介紹必須先行了解的資訊。願景工作坊希望參與者彼此能夠「知情的討論」，因此，可閱讀資料（或議題手冊）必須以淺顯易懂的文字撰寫。

以「國家職訓願景工作坊」為例，可閱讀資料總共有六章，共約五十頁。第一章介紹什麼是願景工作坊。第二章則從產業結構的變遷、勞動市場和就業問題，進而闡述台灣職業訓練所面臨的挑戰；經由這樣的說明中，為本次會議所要討論的三大主題進行鋪墊。第三章介紹我國職訓的總體概況，從政府、企業、學校和民間職訓機構等四類職訓提供者為主題，介紹參訓的意願、職訓的內容和體系整合等議題。第四章介紹各國的職訓模式，讓參與者了解企業、民間機構、政府和學校所扮演的角色與分工整合，在不同的體系當中的差別。第五章從職訓的內容、

參訓的意願和體系整合等面向切入，介紹我國職訓當前的問題。第六章則以前面各章的內容作為基礎，聚焦地介紹本次會議的三大主題。

六、如何撰寫劇本？

願景工作坊將會準備多套（通常是四套）劇本，描述未來的可能情況，讓參與者經由對於劇本的批判和討論，形成各自的願景。不同的劇本，也揭示了未來有各種不同的可能。這邊需要特別澄清的是，劇本的設定是為了提供參與者想法的刺激，而不是限制討論者的思考。

劇本的內容，應該針對討論的主題進而描繪願景。因為願景工作坊的目的之一，便是討論不同的行動者應該透過怎樣的作為才能達到共同願景，因此，在撰寫刺激想像的劇本時，可以以行動者為主軸，貫徹會議的討論主題（但不一定要採取此種書寫模式）。以「國家職訓願景工作坊」為例，執行團隊準備了四個「劇本」，以「職業訓練提供者」為主軸，分別敘述「政府部門」、「企業」、「民間職訓機構」和「學校」，可以提供給哪些群體何種職業訓練的內容？透過這四個劇本，可以刺激參與者進一步思考會議的討論主題：如何提升參訓意願？我們需要什麼內容的職業訓練？不同職訓部門如何進行分工整合？

七、願景工作坊邀請誰來參與討論？邀請多少人參與？

願景工作坊邀請政府官員、產業界人士、專家學者、一般民眾和社會團體代表來參與討論。參與者通常分為四個類別（組），除了一般民眾、政府官員和學者專家之外，其他類別（產業界、社會團體和相關部門）的邀請對象則是視議題而定。以「國家職訓願景工作坊」為例。第一類別是學者專家和政府部門代表；第二類別是企業界、民間職訓機構和學校；第三類別是勞工團體和社會福利團體；第四類別是一般民眾。企業界、民間職訓機構、學校、勞工團體和社會福利團體都是和職業訓練相關的部門或機構。

願景工作坊的參與人數，範圍從 24 人到 80 人不等，可以依照預算額度和議題性質而定。預算較低則可以減少人數。議題如果涉及多元複雜的利益，需要更多的異質性觀點，則會建議增加人數，每個類別（組別）的參與人數從 6 到 20 人不等。

八、願景工作坊透過什麼方式來招募、邀請和挑選參與者？

一般民眾透過公開管道進行招募人選，再從眾多報名者之中，依據民眾對議題的態度傾向作為挑選基準，進行「分層隨機抽樣」，確保參與者的組成具有異質性。一般民眾的招募與抽選方法與公民會議相同，請參考公民會議的操作程序。所有關於民眾的招募與挑選方法、其他類別的屬性界定，以及各類別的邀請對象，必須由執行委員會討論決議。

其他類別的參與者，則以邀請參加的方式進行招募。在操作程序上，首先列出相關領域的邀請名單（政府機構、學者專家、企業組織或社會團體），依序邀請參加。每一類別，可以分為「保留名額」和「開放名額」兩類；「保留名額」通常會預留給在此議題上極具代表性的團體參

加；其他「開放名額」，則會開放給其他經過聯絡後表達有意願的團體代表，若有參與意願者多於預定名額，則另外進行抽選。

九、願景工作坊的正式會議有哪些必要程序？

（一）了解與批評

會議開始後會先由專家介紹議題的現況及未來發展的各種可能性。再將參與者按照身份（「政府部門」、「學者專家」、「社會團體」和「一般民眾」等）分成四組，各組針對討論主題交換意見、互相討論，並以「劇本」為討論批評的參考點，提出各個分組的願景。

（二）建構願景

各組在全體會議中，報告他們的願景。全體成員對於四組的願景進行討論。哪些願景比較難施行？哪些願景具體而可行？四組願景的共同主張為何？最明顯的差異又在哪裡？整合各組願景共同的要素，構成下一階段討論的起點。

（三）提出行動方案

在這個階段，參與者混合編成四組，促進不同角色的交流。各組提出的方案，會在全體會議中詳細報告後，再給予充分的討論，並在這個階段的最後進行方案的決選。在票選出最具代表性的方案後，再次針對決選方案進行更仔細的討論，這階段的討論會著重在這些想法是否可行？如何使其可行？如何擬出行動方案作為政策建議？

（四）結論形成

會議結束前，請參與者填寫此次會議的會後問卷，並將結案報告送交相關單位參考。

十、願景工作坊的正式會議舉辦幾天？議程的安排為何？

普通來說，願景工作坊的正式會議需要兩天的時間。

在兩天的會議當中，第一天的議程包括會議介紹、了解與批評和願景建構。會議開始會先介紹願景工作坊的性質和議程，並闡述此次會議對參與者有什麼樣的期待。願景工作坊在程序上的複雜性，必須讓參與者了解每個程序的目的以及參與者的任務，方能順利進行。在參與者進行討論之前，會先安排一場專題演講，邀請專家對議題的現狀與未來進行整體性的概要說明，議題介紹的內容必須緊扣會議的討論主題。接著，參與者透過交換經驗、批評「劇本」共同形成未來發展的共同願景。第二天的議程，則是將重點擺在與會者本身，安排大量的討論時間來形成符合願景的行動方案。

若是討論主題的議題範圍較為特定，也可以將會議流程縮短至一天。由於時間有限，專家對議題的介紹可以省略，但不能省略將願景工作坊的說明，議程的安排為上午進行議題介紹、劇本的批評和願景的建構，下午則討論行動方案。

再者，如果討論主題的議題範圍較為廣泛、複雜，也可以將會議時間延長為三天。前兩天聚焦於議題的了解、劇本的批評和願景的建構，第三天討論行動方案。然而，會議時間拉長固然可以討論比較廣泛、複雜的議題，但所需成本也會提高。除此之外，會議時程的拉長也可能會降低參與者參與的意願。因此，在規劃會議天數時，應該考量上述眾多因素。

十一、願景工作坊的正式會議如何建構共同的願景？

共同願景的建構分為幾個步驟：

（一）形成初步願景

參與者按照身份別（一般民眾和其他屬性代表）分成四組，進行塑造願景的分組討論。在分組討論中，與會者首先針對會議主題交換彼此意見和觀點，並將意見彙整成小組的初步願景。

（二）比較初步願景與劇本的差異

形成初步願景後，接著便要比較初步願景和劇本的差異。參與者針對劇本進行討論，並且將劇本的討論和批評與會議主題串連起來，同時思考各組的初步願景，是否有需要修改的地方？

（三）形成小組願景

完成劇本和初步願景比較之後，開始針對討論主題（和每個子題）逐項討論。參加者針對每個主題（子題）提出修正或是補充意見，以促成共同的主張。完成之後，每一個小組推派一名或多位代表，在全體會議中報告該組的共同願景。

（四）報告各組願景

全體會議階段不需要以組為單位進行討論，而是由前一階段的分組代表上台向全體成員報告該組的願景。每組報告完後，由其他三組進行批評與討論，再由報告組回應。全體成員對於四組各自提出的願景的討論，主要著重在哪些願景比較具體可行？哪些願景實際上較難施行？四組願景的共同主張是什麼？最明顯的差異又在哪裡？

（五）型塑共同的願景

願景工作坊的議程安排如果是兩天，在報告、批評、討論各組願景之後，便會結束第一天的會議。執行團隊將於第一天會後，將四組所討論的願景，加以彙整成共同願景。整理完成的共同願景將會提供給每個參與者，作為第二天討論行動方案的基礎。

十二、願景工作坊的正式會議如何提出行動方案？

提出行動方案需要經過以下幾個程序：

（一）角色分組

不同身份的參與者混合編成數組（通常是四組），組別可以「行動者」來分類，每組討論這類行動者應該做什麼，才能達到前一天所提出的共同願景。

以「國家職訓願景工作坊」為例。角色分組是以政府部門、學校、企業和民間職訓機構這四類「職訓提供者」來區分。分組會議將從第一天的共同願景出發，來討論：為了實現國家職訓的願景，政府、學校、企業、民間職訓機構這四種職訓提供者，應該透過怎樣的作法，才能達到「共同的願景」（每組只討論分配到的那一類的職訓提供者該做什麼。）

（二）初選行動方案

在分組討論時，先由每位參與者輪流發言，提出自己的行動主張，說明本組所討論的行動者該做什麼，才能達到特定的願景。這一階段的目的，主要在於聆聽與說理。意見交換完畢後，每人都可以提出自己的行動主張，接著進行票選，選出組內最受支持的五個行動方案，於全體會議上報告。

每個願景工作坊皆可設計合適的方式來選擇行動方案。國家職訓願景工作坊曾經使用「K.J.法」選擇行動方案。這個方法的優點在於選擇方案的過程包含「審議」的精神。

（三）決選行動方案

各個小組分別推派代表，在全體大會上報告該組的五個行動方案。全體成員參與者對於這些點子進行投票。每個參與者都有五票，他可以分散投給不同的方案，也可以將五票集中投給某個方案，但不能投給自己組別所提出的方案。投票完畢之後，工作人員會統計得票最高的五個行動方案，再由提出該方案的組別推舉代表，向參加者進一步說明該方案的內容和提出主張的理由。接著，所有參與者再次針對最後的行動方案進行討論。這次的討論重點在於這些方案具體上該怎麼樣施行？實際上可能會遇到什麼障礙，這些障礙該如何克服？行動方案需要怎麼樣的配套措施，才能夠讓這個政策的更完美實現？透過討論，凝聚共識，以形成實現願景的行動計畫。願景工作坊所得出的結論，包括共同的願景與行動方案，向政府的相關單位和部會提出報告以供決策參考。

願景工作坊正式會議的議程規劃可以參考以下國家職訓願景工作坊的案例：

表附錄 4-2-2 國家職訓願景工作坊議程

第一天 2005 年 12 月 10 日 (六)		
時間	議程	議程說明
09：00～09：30	報到	
09：30～10：00	問卷填寫	
10：00～10：10	開幕式	
10：10～10：30	專題演講 願景工作坊之介紹	
10：30～11：00	專題演講 職業訓練的現況與未來	
11：00～11：10	茶敘時間	各組移至分組教室
11：10～12：30	分組會議～建構願景	開場 (20 分鐘)；自我介紹；主持人說明議題內容及分組會議進行方式
		第一輪發言 (30 分鐘)；每人輪流發言 (兩分鐘)，針對以下三大議題的任何子題 (詳見議題清單)，分享個人意見： 1. 我們需要什麼內容的職業訓練？ 2. 如何提高參訓的意願？ 3. 不同的職業訓練部門如何整合？
		第二輪發言 (25 分鐘)；針對三大議題的任何子題進行意見補充
		將沒有公開表達的意見，寫在發言條上，交給工作人員彙整

		主持人結論 (5 分鐘)
12:30~13:30	午餐時間	
13:30~16:30	分組會議~建構願景	(30 分鐘) 分成三個小組，整理各個子題的共同意見。每個小組整理一個議題，歸納共識與差異。
		(30 分鐘) 各小組報告意見歸納的結果，確定共同意見，形成初步願景。
		(30 分鐘) 比較初步願景與劇本的差異，討論如何修改小組的願景。
		休息(10 分鐘)
		(80 分鐘) 就議題下的子題，進行意見補充與修正，確定共同意見，形成小組願景。
16:30~16:50	茶敘時間	移位到行政大樓四樓大會議室
16:50~17:30	全體會議~ 報告各組願景	各組報告對於國家職訓的願景(每組 10 分鐘)
17:30~18:30	全體會議~ 比較，釐清與回應	全體成員對於四組的願景進行討論。哪些願景比較具體可行？哪些願景較難施行？四組願景的共同主張為何？最明顯的差異又在哪裡？
18:30	晚餐	
第二天 2005 年 12 月 11 日 (日)		
時間	議程	議程說明

9:00~9:30	全體會議～ 會議進行方式說明與 角色分組	主持人說明第二天活動的目的。報告前一天討論所形成的共同願景，以作為今天分組討論的出發點。將參與者混合編成四組，每組扮演一種職訓提供者的角色，即政府部門、企業、民間職訓單位、或學校。四組抽籤決定扮演何種角色。主持人說明角色分組的任務。
9:30~9:40	茶敘時間	請移至分組教室
9:40~12:00	分組會議～好點子初選	自我介紹(20分鐘):主持人說明進行方式。
		(60分鐘)依據每組扮演的角色，每人提出說明該職訓提供者該做什麼才能達到國家職訓的共同願景。
		休息(10分鐘)
		(50分鐘)每個人寫下三個點子；利用 K.J. 法，歸納主張，計算共識程度最高的前五個好點子。彙整主張的內容。推派代表報告。
12:00~13:00	午餐時間	
13:00~13:50	全體會議～好點子決選	(40分鐘)各角色分組報告該組最高分的五個好點子。

		<p>投票 (10 分鐘): 每人有 5 分 (可分散給分, 也可集中給分), 但不能投給自己組。</p> <p>工作人員計算哪些點子獲得最多支持, 找出最高分的前 5 個, 請這些點子王準備上台報告。</p>
13:50~14:40	全體會議~好點子亮相	主持人宣佈決選結果及其得分, 並請點子王說明其主張。
14:40~15:10	茶敘時間	
15:10~16:30	全體會議~好點子上路	<p>參與者對於得分最高的 5 個好點子進行討論, 著重於討論:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 這些想法是否可行? 2. 有什麼機會使其可行? 3. 假設這些想法是被大家所接受的, 如何擬出行動方案做為政策建議?
16:30~17:00	填寫問卷	
17:00~	賦歸	

第三節 工作項目與執行進度

以六個月, 24 週的執行期限, 願景工作坊的執行進度與工作項目如下表所示。

表附錄 4-3-1 願景工作坊執行進度工作項目表

日期	工作項目	工作內容
第一個月 第一週	召開內部工作會議	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 計畫主持人和三到四位了解願景工作坊和(或)具有議題領域專長的專家組成執行團隊, 聘用一位計畫專任助理, 可能還有數名兼任助理。 ❖ 與委託機構討論核心議題。 ❖ 確定會議時間與地點。

日期	工作項目	工作內容
		<ul style="list-style-type: none"> ❖ 對議題架構、可閱讀資料的內容和撰稿者、劇本主軸、各類身份者之招募方式作初步規劃，提供執行委員會討論。 ❖ 討論執行委員名單。
第二週 至 第三週	成立執行委員會	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 除計畫主持人之外，邀請四到六位相關領域、立場不同的專家組成執行委員會。也可以邀請一位熟悉願景工作坊，但不嫻熟會議議題領域的專家參與執行委員會。 ❖ 與可能人選聯絡時，應詳細說明公民會議的性質，執行委員會的功能與任務。 ❖ 敲定第一次會議時間。
	文獻閱讀與資料收集	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 收集該議題相關資訊，包含學術與實務兩個層面的資訊。 ❖ 收集與該議題相關的學者專家名單。
	場地安排	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 預定會議場地。
	選定主持人	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 選定適合人選擔任全體會議和分組會議之主持人。 ❖ 預定之會議的主持人盡量出席執行委員會和工作會議，以了解會議主旨和籌備狀況。
第四週	初步設定邀請對象與招募方式	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 願景工作坊邀請一般民眾和政府官員、學者專家、產業界人士以及社會團體代表來參與討論。產業界、社會團體和相關部門的邀請對象視議題而定。 ❖ 一般民眾透過公開的管道招募。討論如何進行招募。 ❖ 在操作程序上，先列出相關領域的邀請名單（政府機構、學者專家、企業組織或社會團體），再致函去電邀請參加。每一類別，可以分「保留名額」和「開放名額」；某些團體代表，因為這個議題領域有重要的代表性，必須力邀參加；其餘名額，則從開放給其他經過聯絡後表達參與意願的團體代表，若表達參與意願者多於預定名額，則進行抽選。 ❖ 討論哪些團體列為「保留名額」，哪些列為「開放名額」。 ❖ 將邀請對象與招募方式的初步規劃提交執行委員會討論。

日期	工作項目	工作內容
	召開執行委員會第一次會議	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 計畫主持人說明願景工作坊的性質，執行委員會的功能與任務內容。 ❖ 第一次執行委員會就本次會議進行廣泛的討論與意見交換，包含核心議題、可閱讀資料架構、會議構想、各類身份的參與者的召募方式、會議議程與介紹議題的專家之推薦名單等等。 ❖ 確定會議時程，敲定各次執行委員會會議時間。 ❖ 委託單位列席執行委員會。
第二個月 第五週	撰寫可閱讀資料初稿	❖ 根據執行委員會確定的議題架構，撰寫可閱讀資料，以淺顯易懂的方式提供多元平衡的觀點給參與會議的公民。
	撰寫劇本	❖ 應該從討論的主題，進而描繪願景，敘述未來不同的可能性。
	確定政府官員、學者專家、產業界人士以及社會團體代表的邀請對象	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 列出在相關領域具有重要性，力邀政府官員和學者專家名單。 ❖ 產業界和社會團體則以「保留名額」和「開放名額」（見上述）規劃邀請名單。
	準備召募相關文件	❖ 針對各種不同身份類別準備召募文件，說明召開願景工作坊的目的、會議的主旨和議題、會議時間、參與者的義務與酬勞，以及報名的方式。
	架設網站	❖ 網站內容至少應包括：計畫 Q&A、執行團隊介紹、執行委員會介紹、公民小組召募訊息、會議主題介紹、公民小組名單、可閱讀資料內容、預備會議課程和正式會議議程。相關內容隨活動時程推進更新於網站。
第六週	發函邀請政府官員、學者專家、產業界人士以及社會團體代表	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 政府官員部分請委託之政府機構正式發函。 ❖ 其他身份可由執行機關發函邀請。
	召募一般民眾參加	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 召開記者會，公開說明願景工作坊的性質與目的，以及召募方式。邀請政府委託機構之首長出席記者會。 ❖ 進行召募的宣傳活動。 ❖ 設定接受報名方式（電子郵件、電話、傳真、郵寄等），需有專人負責處理報名事宜，逐日整理報名者概況。
第七週	確定邀請專題演講之專家	❖ 請專家針對討論議題的現狀與未來作專題演講。

日期	工作項目	工作內容
		❖ 向邀請專題演講之專家說明願景工作坊的性質，會議主題、時間和地點，以及演講時間。
第八週	召開第二次執行委員會	❖ 檢討目前相關工作的進行，包括招募情況、可閱讀資料和劇本撰寫概況、邀請演講專家等等。
第三個月 第九週 至 第十週	聯絡邀請政府官員、學者專家、產業界人士以及社會團體代表	❖ 尚未報名者請其報名。
第十一週	完成可閱讀資料和劇本初稿	❖ 初稿需在執行委員召開之前完成寄給執行委員，讓執行委員有時間閱讀。
	一般民眾招募報名截止	❖ 依據性別、教育程度、年齡、職業和其他重要人口變項整理報名者名單。 ❖ 統計報名者在重要的人口變項上的分佈狀況。
	政府官員、學者專家、產業界和社會團體報名截止	❖ 檢查「保留名額」和「開放名額」的報名狀況，
第十二週	與邀請參加之政府官員、專家學者和團體代表聯絡	❖ 若是邀請參加的對象沒有報名，則持續聯絡；如果完全沒有意願，則考慮另提名單。
	召開第三次執行委員會	❖ 本次執行委員會應預留較長的會議時間，討論事項包括：參與者報名狀況及抽選原則和方式、閱讀資料初稿、邀請授課大綱、如政府官員、學者專家、產業界和社會團體招募情況不佳，討論補強措施。
第四個月 第十三週	抽選公民小組	❖ 執行團隊依據執行委員會決議的抽選原則進行抽選。程序上，依照分層隨機抽樣的技術，使公民小組在性別、年齡、教育程度和居住地區的分佈，符合或接近於執行委員會所通過的期望人數。 ❖ 抽選過程應全程錄音，完整記錄抽選步驟。
	聯絡公民小組成員並確定名單	❖ 與抽中的公民聯絡，確定他們是否能夠參加會議。 ❖ 無法聯絡或放棄參加者，則從特質相同或接近的報名者中抽選替補者。
	抽選產業界及社會團體代表	❖ 在「開放名額」中，若報名者多於預定名額，則進行抽選。 ❖ 與抽中之代表聯絡，若無法聯絡或

日期	工作項目	工作內容
		放棄參加者，則從特質相同或接近的報名者中抽選替補者。
第十四週	確定參與者名單	❖ 包含各種身份的參與者名單。
第十五週	編輯並印製完成閱讀資料	❖ 依據執行委員會根據執行委員會的意見進行最後修改。
	介紹議題的現況與未來的專家繳交書面資料	❖ 簡報檔或完整文稿均可。
	聯絡參與者	❖ 持續與參與者保持聯絡，確定其能夠出席。若突然變卦不能出席，則從特質相同/接近的報名者或潛在邀請對象中抽選替補者。
第十六週	寄發資料給參與者	❖ 資料內容包括：計畫 Q&A、願景工作坊介紹、會議地點地圖、交通與住宿資訊、會議議程、閱讀資料、劇本、其他相關資訊。
第十七週	與參與成員聯絡	❖ 確定參與者能夠出席會議。
第十八週	正式會議	
第十九週 至 第二十週	訪問參與者	❖ 邀請參與者進行深度訪談，以了解參與者特質、參與經驗和會議前後態度變遷。
		❖ 每個類別抽選數人進行深度訪談。
第六個月 第二十一週	資料分析	
第二十二週 至 第二十三週	撰寫結案報告	
第二十四週	繳交結案報告	

第四節 預算項目

一、 預算項目

以下所列為執行全國型議題願景工作坊必要的支出項目，每個項目下的金額則視情況而定。

(一) 人事費

- 研究人員費
- 專兼任助理薪資（專任助理尚需支出雇主負擔勞健保費用、公提儲金）
- 臨時工資
- 參與者出席費
- 專家出席費
- 執行委員會出席費

- 會議主持費

(二) 業務費

- 住宿費
- 膳雜費
- 場地費
- 交通費
- 逐字稿整理費
- 議題手冊和劇本稿費
- 文具紙張費
- 電腦耗材費
- 影印費
- 郵電費
- 雜費
- 行政管理費（學校機構需要編列管理費）

二、 預算參考表

以六個月的計畫期限，招募 80 名參與者，進行兩天全國型議題的公民會議，預算約為一百六十萬。下表為預算參考表。

表附錄 4-4-1 全國型議題願景工作坊預算參考表

項目	金額	說明
人事費		
研究人員費	186,000	1.計畫主持人費 10,000(元)*1(人)*6(月)=60,000 2.協同主持人費 7,000(元)*3(人)*6(月)=126,000
專任助理薪資	210,000	35,000(元)*6=210,000 聘用碩士級專任助理一名，負責計畫主要事項安排、規劃、聯絡與執行
兼任助理薪資	30,000	5,000(元)*6=30,000 聘用兼任助理一名，負責協助計畫主要事項安

項目	金額	說明
		排、規劃、聯絡與執行
雇主負擔勞健保費用	28,488	4,748(元)*6=28,488
公提儲金	13,068	2,178(元)*6=13,068
臨時工資	52,000	160(元)*325(時)=52,000 會議期間與平日雇用臨時工讀生協助會議進行
出席費	160,000	每位參與者每日出席費為 1,000 元，會議共舉辦日，邀集 80 名參與者， 1,000*2*80=160,000(元)
專家出席費	2,000	邀請一位專家在正式會議中介紹議題現況與未來 2,000(元)*1=2,000
執行委員會出席費	80,000	執行委員會成員出席費 4,000(元)*20(人次)=80,000
會議主持費	73,600	正式會議召開期間由專家擔任分組與全體會議主持人，給予會議主持費。 a.1,600(元)* 4(小組)*2*5 (小時)=64,000 b.1,600(元)*1(大組)*1(人)*6(小時) =9,600
合計	835,156	
業務費		
交通費	120,000	補助參與者參加會議、專家學者參與執行委員會、計畫人員從事深度訪談之交通費補助
住宿費	100,000	會議期間有一日安排住宿
膳雜費	70,000	350(元)*100(人)*2(日)=70,000 會議期間膳雜費用，除八十位參與者外，還包括工作人員和主持人
場地費	70,000	租借會議場地相關費用，共需一間大會議室，四間中型會議室（每間每日約 6,000），一間大型會議室（每間每日約 10,000）
會議紀錄整理費	135,000	90(小時)*1500(元)=135,000 會議全程錄音(包括每場分組會議)，與會後深度訪談之逐字稿整理費
稿費	23,200	提供給會議參與者閱讀之基本資料（2 萬字）與劇本（2 萬字）之撰稿費 580/千字*4 萬字=23,200(元)
郵電費	25,000	計畫執行期間計畫用途之電話費、寄送相關資料郵資

項目	金額	說明
文具紙張費	10,000	購買業務相關文具、紙張費用
電腦耗材費	20,000	包括空白錄音帶、電池、碳粉匣等耗材費
資料印製費	70,000	平日與會議期間印製資料費用
雜費	17,689	其他相關費用支出
合計	660,889	
行政管理費	103,955	編列業務費之 10% 為學校行政管理費
合計	1,600,000	

附錄五、常設諮詢專家之發言摘要

一月專家發言紀錄

日期	發言摘要
1/18	<p>葉欣怡教授：過去已經有一些以健保議題為主軸的相關辦理經驗，像是全民健保公民共識會議還有分級醫療公民審議會，這些計畫的相關資料都可以作為參考。</p> <p>曾凡慈教授：全民健保已經開辦超過 20 年，不管是組織體制還是政策方面都有不少的變革，這個部分要好好釐清整理。像是實施二代健保之後，「全民健康保險監理委員會」以及「全民健康保險醫療費用協定委員會」整併為健保會。還有現行的財務制度設計會比較偏重收支連動，所以也可以發現調整費率的頻率相較於健保剛開辦的前 15 年更高。</p>
1/26	<p>葉欣怡教授：現在既有的各種審議模式，國外和過去比較常使用審議式民調、公民陪審團、公民會議和願景工作坊，這都是可以分析的公民參與模式。近幾年還有創新的混和模式，像是新北中高齡與高齡就業和青年就業審議都是採用這種形式，那效果其實很不錯，兼具了議題討論的深度和廣度，這個也可以納入考慮。</p> <p>曾凡慈教授：擴大民眾參與是二代健保的改革目標之一，以公民審議會的模式討論有其必要和特殊性。需要特別注意的是全民健保部分的議題很敏感，涉及到金額和資源如何分配，所以閱讀資料撰寫方面，我會建議多列舉幾種不同的看法，最好是正反方都有，讓民眾可以獲得公正、不失偏頗的資訊，才能進行理性、具有深度的討論。</p>

二月專家發言紀錄

日期	發言摘要
2/3	<p>葉欣怡教授：過去台灣針對健保費率進行審議討論時的宣傳做法一直有在改變，以前網路還沒有這麼發達，所以是請民眾填寫實體的報名表，然後請他們郵寄過來。上次舉辦分級醫療公民審議會就改成表單報名，這樣輕鬆很多，分層隨機抽樣也比較好操作。採用網路宣傳的話，粉專貼文可以投放廣告，之前其他計畫這樣宣傳的成效滿好的。</p> <p>曾凡慈教授：如果是談整個制度問題或是醫院經營對於一般民眾來說太過遙遠，所以設定討論議題的時候，可以以引發公眾關注的可能面向進行發想。民眾會比較容易以個人的角度切入，如果要談費率的話，你搬出法條或是跟他們說健保快要破產，他們的感受可能沒那麼深，但是談到自己繳的健保費是否增加，這個會比較有感。或者是講到部分負擔，對於民眾最直接的影響就是看醫生的費用增加了。重點是要利用更深入淺出的方式呈現議題。</p>
2/18	<p>葉欣怡教授：健保公民審議會議的議程規劃這個部分，過去在舉</p>

日期	發言摘要
	<p>辦的時候有分成預備會議和正式會議，那討論的時間會相對充足。這次經費比較吃緊，建議舉辦兩天的正式會議會比較剛好，第一天晚上也可以安排討論的時間，讓公民代表多討論幾個議題。議程安排上，第一天會先計畫主持人介紹審議民主，還有安排幾個演講說明健保議題，接下來會按照議題切成幾個時段讓公民小組深度討論。</p> <p>曾凡慈教授：今年年初才剛調整費率，民眾或許會特別想要討論費率，這裡也需要一定的篇幅去描寫，提供給民眾充足的先備知識。二代健保實施之後，健保制度更強調的是收支連動，所以調整費率的次數比較多。不過健保支出連年增加，但是目前法定的費率上限為 6%，未來為了因應健保支出，費率即將漲破 6% 的時候，可能就需要修法或是另尋解決之道，不管是在撰寫會議手冊或是公民審議會會議在討論的時候，這都是討論費率議題的重點。</p>
2/24	<p>葉欣怡教授：因為公民會議的議題通常比較具有技術性，為了要讓公民代表在舉辦公民審議會會議前具備一定的相關知識，會要求主辦單位先撰寫閱讀手冊，並且事先寄給公民代表讓他們閱讀。閱讀手冊的架構主要會有兩大部分，一個部分介紹審議民主，另一個部分是介紹健保議題。</p> <p>曾凡慈教授：目前的公民審議會會議的議程規劃可以參考過去舉辦的經驗進行微調。閱讀手冊除了介紹審議民主和健保議題之外，建議最後一章列舉可能的解決方法，再附上一些國外的做法給民眾參閱，以利公民審議會會議的討論。</p>

三月專家發言紀錄

日期	發言摘要
3/13	<p>葉欣怡教授：計畫初步規劃的會議議程需要再微調，意見報告書沒有要現場寫出來的話，討論的時間就可以再拉長。目前只有安排一個演講，我會建議安排兩個比較恰當。</p> <p>宣傳作法的話，先建立粉絲專頁好嗎？太晚建立粉專的話會非常手忙腳亂。</p> <p>閱讀手冊的大綱沒有什麼大問題，可以按照這個綱要開始撰寫了。</p> <p>參與資格的部分或許可以納入就醫經驗多寡，這個不急，等到要開放報名的時候再一併確認。</p> <p>曾凡慈教授：今天來確認一下健保財務的收支方案有哪些，之後就往這個方向蒐集和整理。收入政策目前有利到的是調漲健保費率、調整投保金額分級表、二代健保擴大費基收取補充保費、</p>

日期	發言摘要
	提高部分負擔。支出方案包含總額支付制度、DRG、分級醫療，目前先按照這幾個大方向進行整理。
3/10	<p>葉欣怡教授：近年台灣審議民主的發展趨勢會稍微縮短舉辦的時間長度，因為時間越長，民眾很可能就無法全程參與，適當調整之後，其實可以發現民眾的參與意願滿高的。後續健保議題須進行討論時，其實我滿推薦採取兩階段的參與作法：第一階段，多場次舉辦、捲動大量參與者，第二階段，少量參與者的深度討論、做成共同決定，以利彙整具體建議。</p> <p>曾凡慈教授：健保過去開源的措施其實內容滿豐富的，除了上次談到的幾個比較重大的項目，還有其他較為細微的做法，例如菸品健康福利捐、社會福利彩券收益，這些相關的挹注政策也要列進去。</p>

四月專家發言紀錄

日期	發言摘要
4/7	<p>葉欣怡教授：粉絲專頁建立完之後可以適時轉發一些健保相關的新聞，之後要召募民眾會比較知道這個粉專在做什麼。</p> <p>主視覺的草稿不錯，融合多元族群的意象很好，再跟設計師確認何時完稿。</p> <p>曾凡慈教授：健保過去節流措施的資料整理得如何？稍微提醒一下，這個部分的相關措施跟醫療場所比較相關，健保署和健保會的網站都有滿多資料可以參考。由於這個部分滿多的政策和民眾沒有直接的關聯，整理的時候需要注意遣詞用字上是否足夠淺顯易懂。</p>
4/14	<p>葉欣怡教授：因為這個計畫的主題是健保議題，健保和大家息息相關，而且是全國性的議題，公民小組之參與資格、條件、排除和篩選，除了年齡太小的民眾，公民審議會應該要容納更多異質性。其他計畫的經驗大多是滿 16 歲以上的民眾都可以報名參加，這個可以當作參考。</p> <p>曾凡慈教授：二代健保的改革我們現在最有感的大概是補充保費的收繳，但其實改革的面向很廣，還包含訂定政府負擔健保總經費到達一定的%數、保障弱勢群體權益、促進資訊公開透明和擴大民眾參與，既然閱讀資料主義還是強調財務收支這部分，建議以補充保費這塊為主介紹。</p>
4/21	<p>葉欣怡教授：上次與健保會開的工作會議，議題主要是鎖定在費率，還有其他相關的財務收支方案，那討論議題我建議分成兩大部分，一個討論開源，另一部分討論節流。議程的部分，我們會安排兩次演講嘛，一個談健保的現況，另一個談健保的開源節流</p>

日期	發言摘要
	<p>政策，討論議題和演講主題的安排再跟國明老師進行確認。</p> <p>曾凡慈教授：二代健保實施之後特別強調財務平衡和收支平衡，因為健保這個制度大家還是希望它可以永續經營，彙整保財務平衡資料的時候要注意資料來源，盡量找官方的數據，或是可信的數據。</p>

五月專家發言紀錄

日期	發言摘要
5/3	<p>葉欣怡教授：亞筠有找到過去健保議題的可閱讀資料嗎？可以用這些可閱讀資料當作為範本。在撰寫可閱讀資料要注意用字盡量淺顯易懂，讓全年齡的人都可以理解，適時利用圖表增加易讀性，還有放上近年來的數據比較，也可以讓民眾更容易了解健保議題。</p> <p>曾凡慈教授：各種資料整理得差不多了對嗎？那確認閱讀手冊架構與資料呈現原則之後，可以正式撰寫閱讀手冊了。第一章是導言、第二章是介紹公民共識會議、第三章是什麼是全民健康保險、第四章是全民健保的錢從哪裡來和花到哪裡、第五章是錢不夠了怎麼辦、第六章是健保未來你我共同討論。資料的部分可以使用圖表或是表格呈現，會更加生動有趣，公民代表也會比較容易理解。</p>
5/10	<p>葉欣怡教授：審議會議主持人的挑選原則與特質，我會建議找有主持過公民會議的主持人，因為公民會議跟小組討論還是有滿大的差別，有些人只適合帶小組討論，這種場面就會有點 hold 不住。那就先列一個主持人人選名單，之後再決定確切人選。</p> <p>曾凡慈教授：審議會議主持人的人選這方面欣怡老師應該會有比較多具體的建議。我這邊提幾個意見，首先一定是要找有經驗的主持人，畢竟健保議題的專業性較高，再加上公民審議會議是 20 個人共同討論，場面失控的話會很難救回來，主持人是個很關鍵的角色，所以需要慎重選擇。</p>

六月專家發言紀錄

日期	發言摘要
6/7	<p>葉欣怡教授：租借場地的部分，除了借用給公民小組討論的會議室，還需要借另一間轉播室。因為不可能讓所有人都待在同一間會議室，防疫方面會有疑慮，而且這樣也會干擾討論的進行，公民代表也會覺得不自在，我記得之前都是借 319 作為轉播室，如果可以的話，這次也直接借 319 就好。</p>

日期	發言摘要
	<p>曾凡慈教授：閱讀手冊我分配到的部分是哪裡？目前大致的架構都出來了，所以第六章要談的面向有該如何調漲費率、補充保費、部分負擔、停復保制度、推動家戶總所得制這幾個，那亞筠可不可以幫忙搜尋這一章相關議題的文獻和現行的政策，這樣我寫起來會更順暢一些，謝謝！</p>

七月專家發言紀錄

日期	發言摘要
7/9	<p>葉欣怡教授：招募管道主要是透過粉絲專頁發布招募消息，然後請其他計畫的粉專幫忙轉發，或是轉貼到醫療、健康相關的粉專和社團。那後續依照報名的情況，如果不是很理想的話，也可以直接買廣告，效果應該會有所提升。</p> <p>報名表單製作完成之後也給我們確認一下，有些人口特質，像是性別、年齡、教育程度和居住地都是必問的，之後在抽選公民代表的時候會參考這些人口特質的台灣人口分布比例進行抽選。</p> <p>曾凡慈教授：這幾次的工作會議我主要會針對閱讀手冊逐章給一些調整的建議。第一章導言的部分沒什麼太大的問題，第二章的公民審議會議題的台灣經驗建議新增近幾年的舉辦的議題。第三章健保議題的資料建議盡量更新到最新的年份，如果目前還找不到去年的資料的話，就先不用動，等到閱讀手冊送印之前再更新。</p>

八月專家發言紀錄

日期	發言摘要
8/2	<p>葉欣怡教授：針對之前期中報告的審查意見，可以多注意一下架構的調整，還有內容的補充，讓可閱讀資料更加豐富多元，涵蓋更多觀點和立場。</p> <p>曾凡慈教授：第四章的表格和圖表的位置之後還會再調整嗎？就是盡量讓同一張表格和圖表不要跨頁，之後給設計師排版的時候也請他注意這一點。第五章的爭議面向可以試著使用情境表達，讓民眾在閱讀的時候更容易去想像。那這兩章的問題跟之前一樣，我會建議資料都更新到最新的年份，那就等之後九月初送印再確認一次。</p>
8/9	<p>葉欣怡教授：所以昨天傳給我的檔案就是初稿對嗎？我看過是覺得沒什麼問題，名詞解釋和情境小方框這個就不要放在另一個檔案，直接合併進去好嗎？後續記得給國明老師確認，再請健保會那邊進行最後的確認，還有記得預留排版和送印的時間。</p>

日期	發言摘要
	曾凡慈教授：第六章的部分是我負責的，最後面我覺得需要一段類似結語的文字，亞筠再幫忙撰寫一下。寫完請國明老師確認閱讀手冊的所有內容。目前參考文獻我目前都是放在註腳，你再看看有沒有需要統一放在最後面。
8/16	<p>葉欣怡教授：目前的報名狀況如何？還沒超過 100 人嗎？那我們就直接買臉書廣告好嗎？其他計畫買廣告的成效也不錯，這是最快速有效的方法。或是私訊相關的社團或是粉專請他們幫忙轉發活動消息。</p> <p>曾凡慈教授：目前的報名狀況不是很理想的話，或許也可以問問健保會跟衛福部的粉專能不能幫忙轉發？目前官方網站已經放上報名資訊，但一般人的使用習慣比較多還是滑臉書。</p>
8/23	<p>葉欣怡教授：目前報名者的人口特質大概呈現什麼樣子？比較多是年輕人、高學歷、北部人？沒關係，之後抽選公民代表的時候再參酌台灣人口的比例下去調整。對了！9 月初抽選公民小組的時候記得準備這些文件，很多空白表格、所有報名者的人口特質分布、台灣人口特質的分布。</p> <p>曾凡慈教授：九月初要進行公民小組人選的抽選，我們這個計畫參酌的人口特質應該就是性別、教育程度、年齡、居住區域這四項，分層隨機抽樣的運作原理是先決定第一層要看的人口特質是什麼，接下來依序按照第二層、第三層這樣排下來，然後依據第一層所需要的比例進行抽選，接著再逐一檢視每個公民代表的人口特質是否符合，並且進行調整。現在這樣講有點抽象，到時候實際操作會清楚很多。</p>

九月專家發言紀錄

日期	發言摘要
9/8	<p>葉欣怡教授：現在疫情比較趨緩，但還是不能鬆懈，隔板一定要準備，公民代表之間和與談人之間都必須加裝隔板。會議那兩天的報到時間也要安排一個工作人員在系館門口，避免他們被鎖在門外，也同時確認他們有量體溫跟使用酒精消毒。記得多準備一些酒精和口罩以備不時之需。</p> <p>曾凡慈教授：我想要確認會議主持、專家與公民互動的進行方式。公民小組內部討論比較沒問題，就是主持人帶討論，那公民代表們的一些基本資料可以事先傳給主持人，讓他們熟悉一下。另外，與專家對談的環節，公民代表提問的時候，主持人會安排順序嗎？這個再麻煩提醒主持人，不然場面會很混亂。</p>
9/15	葉欣怡教授：轉播設備有跟系辦確認嗎？確定要有喔！最好可以先行測試，不然當天無法順利轉播會很可怕。筆電、錄音筆、簡

日期	發言摘要
	<p>報筆也都要記得準備。防疫隔板的數量也是多比少好。</p> <p>曾凡慈教授：記得場內跟場外的工作人員都要確保有機動人員，因為會議現場的狀況很多，多安排幾位機動人員，才能及時處理。為了因應疫情，除了安裝隔板，餐點方面每個人最好都是獨立包裝，使用過的餐盒也需要定時處理，盡量維持良好的衛生環境。</p>
9/22	<p>葉欣怡教授：兩日會議現場的細流安排沒有什麼太大的問題，已經和會議當天的工作人員開過會前會了嗎？記得準備與談人的茶水和餐點，停車券、會議資料、領據這些也都要準備。</p> <p>曾凡慈教授：我們來預演會議的工作流程與討論可能問題的解決方案，設備方面，轉播的聲音和訊號，還有直播畫面的調整，都需要有人注意狀況。白板筆盡量多準備不同品牌的，以防沒水。麥克風沒聲音或是有雜音的話，檢查看看電池或是接收器有沒有問題，或是遠離其他支麥克風。</p>

十月專家發言紀錄

日期	發言摘要
10/6	<p>葉欣怡教授：辦完會議還是要檢討一下，健保議題還是有一些爭議存在，或者是公民反映說議題都已經被設定好，幸好這個狀況有被處理到，不然後續真的沒辦法討論。其實有些公民有中途離席的狀況，這樣對於公平性而言會被其他公民所質疑，那相信主持人跟工作人員都有努力聯絡，這個也沒有辦法。</p> <p>曾凡慈教授：與會公民對閱讀資料與議題的討論與參與狀況，部分公民代表是相關的從業人員，像是醫生、藥師，或是在藥廠上班，他們所具有的專業知識，有時候不一定有助於討論或是形成共識，甚至也可能和一般民眾之間形成斷層。一定要稱讚主持人的功力深厚，即使公民代表之間的人口特質差異這麼大，最後討論出來的結果也十分多元有深度。</p>
10/13	<p>葉欣怡教授：提醒主筆人撰寫公民小組意見報告書幾個注意事項，請他們依照會議紀錄進行撰稿，盡量使用敘述性的文字將討論內容串連起來，不需新增意見或是觀點。還有為了確保各子題的內容份量平均，每個子題的篇幅撰寫 1-2 頁即可，真的不用長篇大論。</p> <p>曾凡慈教授：公民小組意見報告書編排方式建議參考之前其他計畫的格式，通常會需要有一個前言當作開頭，接下來的架構可以按照討論議題的大綱進行編排，整體的脈絡會更加清晰。</p>
10/20	<p>葉欣怡教授：公民小組意見報告書已經文字潤飾過了嗎？也需要檢查有沒有錯字喔！再麻煩傳給會議主持人確認內容有沒有按</p>

日期	發言摘要
	<p>照討論的結果進行撰寫，確認完畢之後再傳給國明老師跟我們進行最後確認。</p> <p>曾凡慈教授：公民小組意見報告書的內容需要特別注意主筆人寫的內容是否足夠淺顯易懂，有必要的話再適度的修改，因為主筆人是醫生和藥師，關於健保或是醫療的用詞可能會偏向專業，增加閱讀的門檻。</p>
10/27	<p>葉欣怡教授：健保議題所涉及的層面很廣，不同的議題最適用的公民意見參與模式也不同，甚至同一個議題，它在議題的前期、中期、晚期所最適用的模式也會產生些微的變化。這次的健保財務平衡主題，範圍相對來說是廣泛的，議題所涉及的技術複雜度也較高，所以最後才會採用公民審議會的模式。</p> <p>曾凡慈教授：就像欣怡提到的，健保議題所涉及的層面很廣，我們可以看到這次的健保公民審議會討論，除了既有的議題之後，公民代表也討論了自己的關心的議題，透過這樣的會議模式既可以讓委託機關蒐集政策意見，同時也可以發掘一般民眾所關心的議題，我覺得對於政策的實施和評估都會有很大的幫助。</p>

十一月專家發言紀錄

日期	發言摘要
11/03	<p>葉欣怡教授：最近要開始處理期末報告了，我看到期中報告的審查意見其中一項是要補充各類公民參與模式之預擬執行計畫書與預算表，那就是列出公民會議、公民陪審團、願景工作坊和審議式民調這四種公民參與模式，這個部分可以參考以前的各種計畫，辦公室應該有很多古早的資料可以找看看。</p> <p>曾凡慈教授：期末報告主要就是以期中報告的內容當作基礎，再新增後半年實際執行的各項事務，公民審議會議的各項執行過程會是重點。包含會議宣傳、抽選公民代表、會議實際執行狀況等等，一些截圖和照片都要附上。</p>
11/10	<p>葉欣怡教授：今年促轉會計畫所舉辦的會議也是跟我們的形式一樣，因為議題的複雜性跟專業度高，議題的範圍也廣，所以需要這種深入的討論。去年的青年就業公民審議計畫公民，這個計畫分為兩階段實施，結合了公民審議會議和參與式預算兩種模式，希望兼顧意見的深度和廣度。</p> <p>曾凡慈教授：我來確認一下期末報告初稿的架構，第一章是導論，第二章是蒐集與彙整財務平衡方案資料，第三章是探討適用之公民參與模式，第四章是計畫相關籌備，第五章是公民</p>

日期	發言摘要
	審議會實際執行過程。科技工具與公民審議目前放在附錄，但是因為這個部分還是偏向文獻整理，是不是移到第三章後面比較合適？
11/17	<p>葉欣怡教授：期末報告的內容除了要補充期中報告審查意見所提到的各種資料，其實重點就是放在公民審議會籌備和執行，包含舉辦前的活動宣傳、抽選公民代表等等，還有會議正式舉辦時的照片記錄和說明，意見報告書也要一併放上去。</p> <p>曾凡慈教授：期中報告的審查意見有一項是修改參考文獻引用的格式，這個格式有範例可以參考嗎？亞筠去找一個範例照著修改。還有公民審議會議的相片可以多放一些，現在看起來有點單薄不夠豐富。</p>
11/24	<p>葉欣怡教授：目前期末報告的初稿還缺哪些部分？最後的建議和未來方向要請國明老師撰寫喔！其他的部分看過之後沒有什麼大問題。記得要在期限之前發文跟寄出期末報告。</p> <p>曾凡慈教授：除了剛剛欣怡說的部分，我還要提醒一點，期末報告的簡報檔要開始準備了！這樣才有足夠時間修改。</p>

附錄六、會議手冊

第一章、導言

歡迎您、也感謝您參與這場關於健保費率的公民會議！公民會議強調一般民眾在具備與議題相關的基礎知識的情況下，進行理性的對話與溝通，為了能讓您在會議開始前，掌握與會議主題有關的資訊，我們特別準備了這份閱讀資料給您參考。

如何使用這本手冊

在這本手冊中，我們先為您說明什麼是公民會議，以及本次會議的進程序與目標（第二章）。接著，則配合本次會議的議題，依序介紹：

- 健康保險的基本概念為何？我國全民健康保險的基本架構如何？全民健康保險的好處和困境又是哪些？（第三章）
- 全民健保的收支和盈虧的情形如何？全民健保的費率和補充保費有多高？每個保險對象一年大概支出多少？全民健保有那些收入？相關財源從哪裡來？全民健保被保險人分為幾類？每一類被保險人所負擔的保費有什麼不同？保費怎麼計算？全民健保有那些支出項目？所占比率為何？（第四章）
- 全民健保的錢為什麼會不夠？錢不夠了怎麼辦？健保署採取過那些節流措施，成效如何？健保署又採取過那些開源的措施？在健保的收入與支出面上，還有哪些引起爭議的面向？（第五章）
- 健保未來，你我共同討論，全民健保未來是否該調整保費或費率？費率該如何調整？如何擴大費基（計費基礎）？或是縮小給付範圍？提高補充保費？提高部分負擔？如何推動家戶總所得制？（第六章）

在介紹這些議題時，我們會透過統計資料與故事報導，更清楚地呈現關於健保費率的一些具體背景，也就是說，推動相關政策的具體困難是什麼？應該採取怎樣的政策才能讓更多的人民接受？當然，問題可能不只有手冊討論的這些而已，您可能有其他顧慮、甚至對健保費率的政策方向有根本質疑，非常歡迎您用自己的經驗和判斷提出新看法。

手冊裡也將呈現目前已嘗試推動那些政策，這些政策的成效如何，正反方的立場和主張又有哪些。閱讀這些資料後，您會更清楚過去至今的政策和相關討論，從而可以思考：這些政策有效嗎？公平嗎？有那一些值得延續，又有那些必須修正、甚至整個放棄？短期和長期

來說，我們還應該做到那些事情呢？希望您能撥冗將手冊閱讀完畢，若有任何問題，歡迎您於會議中詢問講師及專家，也祝您這幾天參與審議的經驗愉快、順心。

第二章、介紹公民審議會

一、前言

當代政治學大師道爾（Robert A. Dahl）認為，民主的程序，應該是要保證讓所有受決策影響的人，都有有效的機會來參與政治過程，且有平等的權利來選擇議題並控制議程；民主程序同時要求一種情境：必須讓所有參與者，根據充分資訊和良好理性，來對爭議的利益和必須管制的事務，發展出清晰的理解。哈伯瑪斯（Habermas）認為，道爾所指出的最後這點要件，將民主指向意志形成的論述性質；而公民瞭解公共事務的機會，以及政治的意志形成，則有賴於公共討論。

但是，誠如哈伯瑪斯所言，當代民主體制的社會複雜性，卻使得這個民主要件難以充分實現。當代民主的瓶頸，在於將技術指導的知識專門化地運用在政策決定與行政過程。這樣專門化的取向，使得公民無法利用必要的知識來形成自己的意見。知識的壟斷，使得具有特權可以取得相關知識者，能夠支配不具專業知識的公民，使得公眾只能在僅具有象徵作用的政治上（例如，選舉投票）稍獲慰藉。「順服於技術知識，使得那些具有專門化能力的人對公共機構操縱有力的影響。這些專家他們只受到極為有限的政治限制。將權力給予那些控制技術性資訊的人，威脅了民主的原則，也降低公眾對許多公共政策選擇的控制」。

為了打破「當代民主的瓶頸」，讓不具專業知識的公眾，能夠具有充分的資訊來進行公共討論，以提高一般公民對公共政策的參與，西方國家發展出許多民主參與機制的實驗，其中，「公民會議」（citizen conference，或稱審議會 consensus conference）的實踐經驗，尤其值得重視。這個由丹麥發展出來，逐漸推行到其他國家的民主參與模式，主要在促成社會公眾對政策議題進行廣泛的、理智的辯論。它邀請不具專業知識的公眾，針對具有爭議性的政策，事前閱讀相關資料並作討論，設定在這個議題領域裡想要探查的問題，然後在公開的論壇中，針對這些問題詢問專家。最後，他們在有一定知識訊息的基礎上，對爭議性的問題相互辯論並作判斷，並將討論後的共識觀點，寫成正式報告，向社會大眾公布，並供政府決策參考。在公民審議會中，非專家的公眾被提升到顯著的地位，是公民，而非專家，來界定什麼是重要議題；藉由專家提供的知識協助，他們在有訊息根據的基礎上，來評估政策議題所涉及的利益與價值衝突，並在爭議中試圖達成共識性的見解。這種民主實驗，對於我們思考不具專業知識的公眾，如何參與像全民健保這麼充滿「技術複雜性」的公共政策，具有啟示作用。以下我們便進一步介紹這種民主實驗。

丹麥是個強調共識政治與公民參與的國家，法律規定牽涉到倫理與社會議題的科技政策，必須徵詢公眾的意見，並讓公民有機會可以表達他們的看法。隸屬於國會的丹麥科技委員會（Danish Board of Technology），負責評估科技對社會與公民的影響；它的一個重要任務是鼓勵與激發公眾對科技議題的參與討論，而公民審議會正是其中一個重要的參與機制。從 1987 年以來，丹麥科技委員會已經針對各類議題舉辦了二十次的公民審議會，並逐漸受到各國重視與仿效。以基因政策議題為例，參與經濟合作暨發展組織（OECD）的國家中，至少有十一個國家，曾先後舉辦過至少二十次的公民審議會。鄰近的韓國與日本，也曾針對這個議題舉辦過公民審議會。現在讓我們對公民審議會的運作程序作個概述。

二、公民審議會如何進行

（一）招募公民

一般而言，公民審議會的舉辦，經常會召開記者會來宣布會議訊息，招募公民報名參加。此外，主辦機構也會透過多重方式來傳播招募訊息，例如：在平面或電子媒體刊登廣告、網路宣傳、由委辦的政府機關協助透過行政體系或村里網絡傳播招募訊息、以及透過全國社區大學網絡，鼓勵公共參與較為積極的社區大學成員報名參加。

除了以上提到的公開招募方式，有的公民審議會還會同時採取隨機電話訪談的方式來招募參與者。公開招募的優點是任何得到會議訊息，有意願的公民都能報名參加；缺點是沒有接觸到報名訊息的民眾將被排除。隨機電話訪談的優點是可以接觸到不同背景的民眾，缺點是成本過高，民眾只能被動受邀參加，不能主動報名。

不管是公開招募或電話訪談，在招募時，都必須說明召開公民審議會的目的與討論主題、會議時間、參與者的義務（全程參與）和酬勞。公民審議會是以不具有專業背景，平時無法透過團體代表的管道來表達意見的一般公民為參與主體。除了議題領域的專家和利害關係團體的代表之外，所有願意瞭解該議題並有開闊胸襟來參與討論的民眾，都在歡迎之列。不過有年齡的限制，通常設定為具有選舉權資格的年齡。有意願參加的人，必須在報名信函中簡單介紹自己的背景（性別、年齡、教育程度、職業與居住地），以及想要參加的原因。

（二）挑選公民小組

執行機構從志願參與的名單中，隨機挑選約 20 人組成參與會議的「公民小組」。公民小組當然不可能構成全國人口的代表性樣本，但決定公民小組的挑選原則是，希望他們的組成能夠

包容多元觀點。通常會考量的問題包含：什麼社會範疇會影響人們不同的觀點？這些不同的範疇是否都有足夠的人納進來？年齡、性別、教育程度、職業、居住地區這些人口特質經常是具有影響力的社會範疇，因此在挑選公民小組時，會希望公民小組在年齡、性別、教育程度、職業和居住地等人口特徵的構成上，盡量呈現異質多元性。

在挑選公民小組的操作程序上，先設定每個範疇（如教育程度、年齡層和不同性別）預定抽選的人數，再從符合條件者隨機抽選。抽樣技術上，這叫做分層隨機抽樣。在進行分層抽樣時，先以最重要的變項作為第一層，例如，如果我們認為教育程度是影響人們對該議題最重要的變項，就先以教育程度分層，抽取不同教育程度的預計人數，檢視第一輪抽樣名單在其他重要變項（如性別、年齡）的分布狀況和每一分層預定抽選人數是否相符，然後調整至符合或接近預期人數。

抽選過程必須錄音或錄影，保留記錄，以昭公信。抽選完成之後，立即聯絡抽中的公民，並在召開會議前，與公民小組保持聯繫，確定公民小組成員都能參加會議。如果不能出席的，則從符合社會範疇特質者（如相同性別、教育程度和年齡組）隨機抽選來遞補。

(三)議題手冊

為了讓參與者對討論議題的性質和爭議有所瞭解，公民審議會準備了可閱讀資料（或稱議題手冊），供公民小組成員閱讀。這些閱讀材料，通常會概述討論主題的重要面向，並涵蓋對討論議題的不同見解與觀點。閱讀資料應淺白易懂，避免深奧的術語。資料的內容須確保客觀、平衡與中立。

(四)預備會議²⁰

在正式召開公民審議會之前，有預備會議的階段，讓公民小組的成員能有所互動，並熟悉他們所要討論的議題。預備會議通常利用兩次週末的時間來安排課程，由執行委員會選定與討論議題相關的背景知識文獻，供公民小組成員閱讀和討論，這些背景材料，通常要涵蓋對討論議題的不同見解與觀點。透過閱讀與討論，公民小組對該議題有了一定的瞭解之後，形成他們要在公民審議會中討論並詢問專家的問題。

²⁰ 本次公民審議會由於議題較為聚焦，因此在程序操作上僅保留兩日的正式會議；為了確保選定之討論議題以及觀點的多元性，執行委員會所負責之事項則是透過專家諮詢的方式進行確認。

公民小組的成員自行提出他們想要瞭解的問題，通常涵蓋該政策議題領域的重要面向。針對公民小組所要瞭解的問題，執行委員會協助提出熟悉特定問題的專家小組名單，但公民小組可對專家小組名單作增刪。專家小組名單確定後，主辦單位要求專家針對公民小組的成員所要發問的問題，以一般公眾能懂得語言，準備口頭與書面報告。

(五)正式會議

正式會議的召開通常三到四天，形式是以公共論壇為主，開放給媒體採訪，邀請國會議員和有興趣的一般民眾參加。會議的第一天，先由專家針對公民小組事先擬定的問題作說明，並回答公民小組在會場提出的問題。第二天，則由公民小組對專家小組進行交叉詢問，讓個別專家進一步闡述他們的觀點，也讓公民小組成員探究見解差異的爭論議題。交叉詢問完畢之後，公民小組自行進行討論，並準備撰寫最後的報告。在報告中，公民小組力求對爭議性議題得到一致性的見解，但也指出他們無法達成共識的部分。公民審議會的最後一天，公民小組向專家、聽眾和媒體公布他們的報告。在報告正式公布之前，專家有機會對報告內容澄清誤解和修正事實錯誤的部分，但不能影響公民小組所表達的觀點。在丹麥，專家小組的公民審議會結論報告，連同專家所貢獻的意見，將送交所有國會議員作為決策的參考；公民審議會的結論報告，通常也是舉國注目的焦點。

(六)公民審議會會議的預期效果

公民審議會會議的結論，對政策並無拘束力。但以丹麥的例子來說，由於公民審議會會議常在相關法案有待審議之前召開，如一位研究者指出的，「它們讓立法者知道選民對重要的問題站在什麼立場」。在某些個案中，丹麥的公民審議會會議結論也的確影響了政策，例如，立法禁止雇主與保險公司利用基因篩檢資訊，即是採自公民審議會會議中公民小組的結論報告。

公民審議會會議創造一個專家與非專家之間，以及不同的觀點和價值立場，能在公共論壇中相互溝通與辯論的場域，使非專業的公眾，能在與專家的相會中獲得必要知識，並在有訊息根據的基礎上，對影響重大的但充滿爭論的議題，做出判斷並盡量調和衝突的觀點。整個公民審議會會議的召開，是個具有訊息溝通與教育效果的公共事件。會議召開期間的公共討論，以及公民審議會會議的結論，向未參與會議的一般大眾溝通，也透過媒體大幅報導而公開化。根據歐盟的研究，由於丹麥經常舉辦公民審議會會議，他們的公眾對相關政策（如生物科技）的知識訊息，較之其他歐洲國家更為充分，對國家的政策也比較能夠接受。但這樣的訊息溝通，並不是透過

專家對公眾的單向傳播，而是創造一個對話性的公共論壇，讓公眾能夠獲得必要知識，以參與複雜科技議題的理性討論。

四、公民審議會會議的台灣經驗

臺灣目前已針對不同公共議題辦理過多場公民審議會會議：在全國性的層次上，曾經討論過的議題包含代理孕母公民、全民健保、產前篩檢與檢測、能源運用、水資源管理、分級醫療、威權統治時期之監控檔案等等；在地區性的層次上，則有稅制改革、高雄跨港纜車等等。這些公民審議會會議讓一般民眾能夠在獲得議題的背景知識後，進行高品質的理性對話，並對於爭論已久的議題提出公民的意見。

根據過去的經驗，參與會議的公民小組均積極投入議題的認識與討論。在會議過程中，小組成員努力尋求彼此的共識，以期融合不同意見並提出對於公共政策的建議。幾乎所有的公民審議會會議都將相關紀錄、與議題相關的背景知識手冊以及公民小組的結案報告全文上網，目的是提供給更多其他無法親身參與這些公民審議會會議的民眾作為參考。雖然公民小組所提出的結案報告並不具備法律約束力，但我們可以發現各議題的相關主管均極為重視這些由一般公民所提出的政策建議，甚至目前也有許多主管機關主動委託具有公信力的單位協助舉辦公民審議會會議。儘管臺灣在公民審議會會議的辦理上起步較晚，但迄今所累積舉辦公民審議會會議的正面經驗，卻足以讓其他國家的專家學者感到印象深刻。

五、本場公民審議會會議

本場公民審議會會議，在10月2日與10月3日進入正式會議的議程。各位公民會與不同意見的專家進行面對面的諮詢，藉以釐清相關的事實證據和不同觀點，接著進行討論與報告撰寫。最後，結論報告也會刊登於網路上供外界參考。

六、小結

公民審議會會議是個還在實驗中的民主參與模式，這種參與模式也無法取代民主體制的代議政治。它還有很多我們無法在此詳細討論的限制。我們或許不必將這種參與模式過度浪漫化。但對於不具專業背景的公眾如何參與決策的討論，這種民主實驗，確實有啟發的作用。政策決策通常涉及許多利益與價值的衝突；政策決定，也經常需要應用到專門性的知識。但缺乏適當與充分資訊的民眾無法有效地參與政策，卻也是民主體制的運作常被詬病的問題。如果我們希

望一般公民能有機會參與政策的公共討論，如果我們希望這樣的討論是在有充分且公開的訊息基礎上進行，如果我們希望立法者和決策者，知道有訊息根據的公共討論所呈現的「民意」究竟是什麼，那麼，公民審議會這樣的參與模式，對於我們如何發展具有創新性的公民參與、公共討論和訊息傳播，是一條值得嘗試的途徑。

第三章、 什麼是全民健康保險

一、健康保險的基本概念

俗話說：天有不測風雲，人有旦夕禍福。為了降低天災人禍的傷害及風險，人們總是有未雨綢繆的習慣。從古代開始，一些宗教團體、親朋好友或是相同職業的人們，藉由定期儲蓄一筆不輕易花用的錢財，成立互助會，當團體內的成員有難的時候，大家分別拿出這些急用金，幫助成員或是親友度過難關。人們之所以願意互相幫助，不僅是因為彼此間的情誼，也是因為人們相信一旦這種互助成為傳統，他日如果自己遇到困難，自己也得以從中獲得一份保障。

這種互助的模式即是保險的原型。只要每個人固定繳交小額的保費，眾人就能集結成一大筆金錢，可以運用集體的力量，協助個別成員度過急難。透過這樣的設計，所有參與的人無形中分散了單一個人所承擔的風險，眾人也形成一種風險連帶、同舟共濟的關係，成為個人面臨風險時的安全網。除了家庭內成員是風險連帶單位，現代社會當中，同一個公司的職員，甚至是同一個國家的公民之間，也存在著各式各樣的保險，共同分擔彼此的風險，提供一份安心與保障。

由於個人的健康與否，是平等參與社會競爭的條件，各國普遍將醫療照顧的取得視為基本人權之一，我國憲法也提及國家必須保障人民生理及心理機能的完整性，且對人民身心健康也負一定照顧義務。當國家發展到一定程度，國民平均所得到達一定水準時，實施社會保險或者採行公醫制，甚至界定為個人責任是個別的國家與其國民的選擇，我國憲法增修條文明定應推行全民健康保險制度後，以社會保險保障全民健康的方式，成為我國的選擇。

健保即是基於上述「保險」的概念而建立的制度，希望利用多人的力量分散風險，而健保和一般保險的不同之處在於：一般保險通常是在殘廢、退休、死亡、或辦理喪葬的時候，直接提供人們所需的金錢；健康保險則在人們生病、受傷或是生育時，經由醫療院所提供人們所需的醫療服務。

二、我國全民健康保險運作的基本架構

名詞解釋
健康保險 ：在保險期間，人們生病、受傷或是生育時，經由醫療院所提供人們所需的醫療服務。
保險人 ：指的是經營保險事業的組織，全民健保制度的單一保險人為中央健康

名詞解釋

保險署，負責統籌健保相關的所有事務。

主管機關：主管機關為衛生福利部。全民健康保險之運作係依據全民健康保險法，其立法、修正、解釋均屬主管機關之權限，對於保險人與保險對象、醫事服務機構間之權利義務，亦由主管機關訂定法規命令加以規範，並於實務運作上監督保險人，確保制度運行順暢及符合法令規範與制度實施目標。

保險對象：由於全民健保採取「強制投保」的模式，除了失蹤滿六個月者，以及不具投保資格者（喪失中華民國國籍、戶籍遷出國外、外籍人士居留期限屆滿），其他國民皆是全民健保的保險對象。

被保險人：被保險人分為六類，第一類不得為第二類及第三類；第二類不得為第三類；第一類至第三類不得為第四類及第六類。保險對象應依上述投保順序及資格參加健保。

眷屬：無職業之配偶、直系血親尊親屬、二等親內直系血親卑親屬（未成年，或成年無謀生能力或仍在學就讀），依法由被保險人幫眷屬繳納保費。

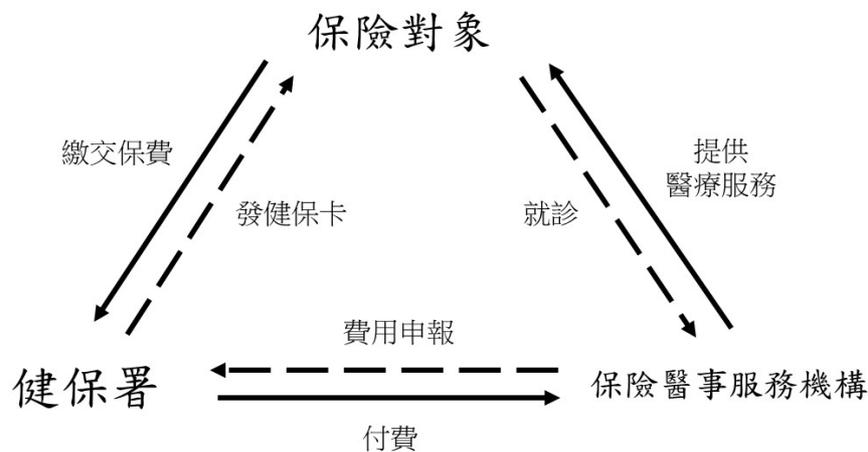
全民健康保險，簡稱為「全民健保」或是「健保」，是我國秉持永續發展、關懷弱勢的原則，為了增進全體國民健康，於 1995 年 3 月 1 日正式全面實施的社會保險制度。全民健康保險的運作模式，簡單來說就是當民眾生病的時候，到醫療院所接受門診、住院及藥品等醫療服務，只需要負擔部分的醫療費用，其餘由健保署支付，醫療院所將提供門診、住院及藥品等醫療服務，只要人民按時繳納保費，就不必擔心沒有錢看醫生。

全民健保採取「強制投保」的模式。由於它本質上是一種社會互助、風險分擔的社會保險制度，如果不採用強制投保的方式，很可能會發生只有風險及需求較高，但負擔能力較弱的人，會想透過參加保險而獲得幫助與保障，結果就很容易使保險業務難以正常經營，保險制度也難以健全發展。全民強制投保可以確保部分民眾不會因為所得較少，而無法獲得所需的醫療照護，而且還可以透過「量能負擔」的收費原則，達成所得重分配的效果，讓有錢的人負擔較多保費，用來補貼生病的人和貧窮的人，這樣的制度設計也有助於縮小貧富差距，實現社會正義。也就是說，除了失蹤滿六個月者，以及不具投保資格者（喪失中華民國國籍、戶籍遷出國外、外籍人士居留期限屆滿），其他人皆為全民健保的「**保險對象**」，保險對象在需要醫療服務的時候，都能夠享有全民健保的保障。保險對象又可以分為兩類，一類是「**被保險人**」；另一類則是「**眷屬**」，依法由被保險人幫眷屬繳納保費。

不過，健保並非全部的醫療費用都照單全收。首先，保險對象可以享受的醫療服務，必須在全民健保的「**保險給付範圍**」之內。全民健康保險法(簡稱健保法)第 51 條規定將某些醫療服

務（例如：美容外科手術、成藥或是其他非具積極治療性之裝具等等）排除在給付範圍之外。再者，民眾看病的醫療院所必須是與健保署有特約關係的醫療院所，稱為「特約醫事服務機構」或「特約醫療院所」，以確保民眾所享有的醫療服務都具備一定品質。目前特約醫療院所的比例已經高達9成。

健保運作的流程涉及保險對象、健保署以及特約醫療院所三方，保險對象參加全民健保繳交保險費之後，就可以領取健保署所核發的健保卡。保險對象只要生病、受傷或生育，可以憑健保卡到醫院、診所等醫療場所接受醫療服務。特約醫療院所提供醫療服務之後，每個月定期向健保署申報費用，再由健保署依據支付標準定期付費給醫療院所。



健保流程圖

三、全民健康保險的好處

全民健康保險自開辦以來已26個年頭，全民健保的民眾滿意度在2019年甚至高達89.7%，健保對於民眾健康以及醫療院所的發展具有舉足輕重的影響，全民健保的優點和好處是什麼？以下將逐一進行說明。

(一)全民共同分擔風險，減少民眾就醫負擔

在1995年實施全民健保以前，只有大約59%的民眾可以加入勞保、公保、農保或低收入戶保險，這些保險包含健康保險項目，可以保障被保險人的醫療需求。然而，仍有40%（約850

萬人)的民眾缺乏健康保險的保障，這些人大多是長者、兒童、家庭主婦、偏遠地區的人口，或是沒有固定收入者，他們反而是最容易受到病痛、貧窮所困，從而最需要妥善醫療照顧的人。

全民健保施行之後，最大的受惠者即為當時沒有健康保險的 850 萬人口，在人權和公平的考量下，健保逐步擴大加保對象的範圍，現役軍人和受刑人也分別於 90 年和 102 年納入全民健保的保障之中。除此之外，新住民、長期在臺居留的外籍人士、僑生及外籍生也都享有全民健保的保障。臺灣目前的納保率已高達 99.9%，109 年保費收繳率為 98.52%。

全民健保的機制使得病人看病所產生的費用，由全國人民共同負擔。實務上，有使用資源的占9成以上，但多數人使用的少，分擔了少數使用多的人的醫療費用。107年統計發現，27.6%的健保醫療費用，用在3.7%的重大傷病人口上，其中，癌症、洗腎及血友病等重大傷病的平均醫療費用更是一般人的5.8倍到103.3倍不等，顯示出分擔風險的效果很強，有效減少病人就醫的財務困難。

(二)台灣健保享譽國際

2017年《經濟學人》雜誌的全球醫療保健可近性指數排名，臺灣的全民健保名列第14。此外，根據全球資料庫網站Numbeo的資訊，2020年醫療保健指數(Health Care Index)排行榜，台灣以86.71分排名第1。而全民健保制度的運作特色，例如：單一保險人制度、保費平價卻能提供高品質的醫療服務、全民納保、就醫便利，也吸引其他國家爭相取經學習，2017年7月至2018年6月健保署總共接待全球56國，總計466位外賓參訪。

(三)保障弱勢人口就醫，實現社會正義

相同的醫療費用對於不同人而言，造成的負擔也不同。例如一萬元的醫療費用，對於一個月入十萬的人來說，僅占其月收入的十分之一，但是對另一個月收入是兩萬五的人而言，一萬元就占了收入的五分之二，剩下的一萬五千元，可能連基本生活的開銷都無法支應。

注重社會正義和人性尊嚴的社會，除了確保沒有人因為貧窮而無法獲得適當的醫療服務，更會盡量降低所得收入中的醫療支出比例，藉此緩和經濟弱勢者的立足點不平等和不公平。

實施全民健保之後，由於健保強制全民納保，使得全民處於同舟共濟的狀態，一起分擔彼此的風險。健保保費採用量能付費原則，亦即有能力的人繳交較多的保費，再加上健保支付了大多數的醫療費用，低所得家庭在醫療保健這方面的支出比例大幅減少。

從健保受益這個指標可以發現，低所得家庭的健保受益遠大於高所得家庭。健保受益的意

思是保險對象就醫時健保所給付之費用。健保受益比則是健保受益除以健保保費後所得出的數值。107年最低所得組的家庭，平均每人繳納的保費是13,301元，健保受益為27,704元，最高所得組的家庭平均每人繳納的保費是34,142元，健保受益為27,473元，單就保險受益來看兩者差距不大，但是就保險受益比來觀察，最低所得組家庭的2.1最高，之後隨所得分組提高而下降，最高所得組家庭的0.8最低。也就是說，最低所得組家庭，每繳1元的健保費，就可以獲得2.1元的醫療資源和照顧，由此可以觀察到低所得之民眾，是健保制度下最大的受益者，顯示全民健保有助於家戶間所得的重分配。

(四)弱勢人口就醫無虞

健保署規劃一系列弱勢協助措施，希望幫助經濟弱勢的民眾也能夠享有健全的醫療服務。健保署自101年至今，利用添恩計畫、愛心專戶專案、公益彩券回饋金、「厝邊好醫師、傳愛到社區愛心專戶」等方式，積極將弱勢民眾納入健保照顧範圍。

除此之外，針對特定身分的弱勢民眾，衛福部、各級機關或是地方政府也提供全額或部分補助，像是65歲以上的中低收入老人、中低收入戶、障礙者、失業被保險人都列入補助的範疇之中。離島居民的健康也是不能忽視的部分，自102年起離島地區65歲以上老人皆由衛福部全額補助健保保費，至於澎湖縣6歲以下幼童與罹癌民眾，則是由澎湖縣政府提供最高上限至地區人口保費（110年1月1日起為826元）的補助。健保所照顧的範圍不僅限於本國人，清寒僑生補助以及清寒海青僑生由僑務委員會提供一半的保費補助。希望可以藉由以上種種措施，弭平經濟層面影響到健康層面的不公平。

(五)民眾就醫自由且便利

由於全國的醫療院所高達九成都是特約醫療院所，民眾可以根據自己的需求選擇醫療院所和醫師，不管小診所或是大醫院都可以去看病，就醫管道多元且方便。

(六)有效控制醫療費用的支出

隨著更多新醫療技術進步，以及新藥的開發，使得醫療服務的價格日益提升。除此之外，國發會的統計資料顯示由於國人平均壽命延長，伴隨著出生率下降，台灣將在2025年進入超高齡社會，也就是說有20%的人皆為老年人口，醫療服務的總量也會隨著增加。因此，醫療費用的支出只會越來越多，支出增加的速度也越來越快。

在龐大的醫療費用當中，部分或許是醫療資源的濫用所導致：由於醫藥費用低廉可自由就醫，平均就醫次數高於其他國家；也有醫療院所為了增加收入或避免醫療糾紛，為病患提供不必要的檢查和醫療服務。如果任由醫療費用增加，而不採取相應措施節制的話，健保體制總有一天會岌岌可危，最後的結果仍是由全民負擔。

有鑒於此，全民健保自 2002 年起全面實施「總額支付制度」，目的是為了有效節制健保醫療費用的支出；再加上透過各種管控機制加強管理，從而將醫療費用的成長率有效控制在一定範圍以內。此外，為減少不當耗用保險醫療資源，健保法第 72 條亦已規範保險人每年度應擬定「抑制資源不當耗用之改善方案」；110 年的方案中，透過「合理使用保險權益」、「鼓勵合作與轉銜」及「善用資源合理利用」3 個構面，10 項策略，促進醫療資源有效利用。

(七)單一保險人制度

單一保險人制度指的是健保署作為唯一的保險人，統籌健保相關的所有事務，民眾只能繳納保費給健保署，特約醫療院所也只能向健保署申請給付。首先，單一保險人制度的好處在於民眾不需要勞心費神挑選適合自己的醫療保險，再加上健保有全民納保的特性，健康狀況不佳的人們也不需要擔心被拒於門外，喪失享有醫療服務的權利；此外，醫療院所也不需要向多個保險人申請給付，只需要每個月向健保署申請給付即可，可以減少行政程序上的成本和繁瑣手續；最後，由於單一保險人制度屬獨占市場，藥價有協商空間，健保署藥商議價能力較高，可有效降低藥品價格。

(八)健保給付項目廣泛

健保法第 51 條明訂不列入全民健保給付範圍的服務項目，例如：美容外科手術、預防性手術、假牙、成藥和指定醫師……等等，或是其他經主管機關核定公告不給付之診療服務和藥物。也就是說，除了這些項目之外，依健保法第 1 條，只要民眾生病、受傷或是生產時，都可依法給與健保給付，讓民眾可以安心就醫，以及保障民眾的醫療權益。舉凡門診、急診、住院、復健、居家醫療照護等項目，都在健保給付的範圍之中。

我們都聽說過「有些療程、檢查或是藥品，健保不給付或部分給付」的說法，這是因為健保署是依據「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」和「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」支付特約院所醫療費用，只要不是支付標準上的項目，或不符合使用規定，健保便不會支付費用，民眾就必須全額自費或是自付差額。

四、全民健康保險的困境

雖然全民健保為我們帶來許多好處，但是在財務結構、醫療品質、保費公平性方面，仍然面臨了嚴峻的困境和問題。

(一) 健保給付與保費分攤並不公平

全民健保的建立目標，是希望利用龐大人數達到分散風險的效果。為了達到這個目標，也就是透過富裕、健康的人來幫助窮人和病人，健保採取強制全民納保的措施。

這樣的制度設計確實減輕了貧窮家庭的醫療負擔，不過健保給付與保費分攤的公平性，卻仍有進步的空間。首先，山地離島或偏遠地區醫療資源不足，即使這些地區的民眾確實繳納保費，生病時卻無法像一般民眾享有選擇豐富、方便就醫的醫療保障，有改善空間。

其次，健保保費分攤並不公平。依據社會保險的精神，健保除了風險分攤之外，也希望讓所得較高的人負擔多一點保費，藉此達到人民互助的效果。然而現況是有固定收入的軍公教人員，往往比沒有一定雇主，或自營作業而參加職業工會的勞工，負擔較少的健保保費。甚至出現固定收入的勞工所繳納的健保保費，比待業中民眾的保費還要低廉的情形，這些都違反高所得者多負擔保費的公平原則。

假設有一位民眾的投保金額是 53,000 元，並且無眷屬，每個月應繳納的健保保費如下：

身分別	計算公式	應繳納金額
有一定雇主的勞工	投保金額*健保費率(5.17%)*負擔比率(30%)*(本人+眷屬人數)	$53,000 * 5.17\% * 30\% * 1 = 822$ 元
無一定雇主的勞工	投保金額*健保費率(5.17%)*負擔比率(60%)*(本人+眷屬人數)	$53,000 * 5.17\% * 60\% * 1 = 1,644$ 元
無收入的待業民眾	平均保險費*負擔比率(60%)*(1+眷屬人數)	$1,377 \text{ 元} * 60\% * 1 = 826$ 元

資料來源：衛生福利部中央健康保險署網站

第三，低所得家庭比高所得家庭，必須付出較大比例的收入，來繳納健保費用。依據行政院主計總處 108 年「家庭收支調查報告」，假設按照所得收入高低，將台灣所有家庭分為五等分，可以發現醫療保健支出僅占所得最高組的家庭所得的 8.6%，卻占所得最低組家庭的 14.7%。也就是說，台灣最富有的家庭組，每賺 100 元，大約只用 8.6 元在醫療保健支出上，然而台灣

最貧窮的家庭組，每賺 100 元，就必須花 14.7 元在醫療保健上，由此顯示富人的負擔相對較輕，窮人的負擔相對較重。

(二)健保醫療品質的問題

長久以來，我國的醫療服務被詬病為三長兩短：掛號排隊時間長、候診時間長、領藥時間長，但是醫生問診與病人說明病情和治療方案的時間卻很短。這樣的看病文化造成醫病之間溝通不良，醫生因為要看的病人太多，不得不大幅縮短問診時間，較易忽略與病人相互溝通及建立良好的醫病關係；病人與醫生難以建立相互信任之基礎，導致生病就習慣多看幾位醫生，形成惡性循環，更使得醫病關係緊張，亦危及醫療品質。

健保下有幾個常被提出來討論的醫療品質相關議題：(1)使用太多：因為民眾可以自由就醫，108 年平均每人每年門診次數高達 17.6 次，跟歐美國家相比高出許多。(2)健保的支付不足，影響醫療服務者的投入意願：例如麻醉科醫師的職業風險相當高，其中為老人麻醉的風險，又比為年輕人麻醉的風險高，但是健保支付麻醉費用的標準僅按照麻醉方式與時間作為考量，並未考慮病人的病情和嚴重度，因此年輕醫師大多不願意選擇擔任麻醉科醫師，使得麻醉科醫師不足，影響病人安全及醫療品質。(3)醫病間溝通與互信不足：例如一般情況下，健保給付每位自然產產婦住院 3 天支費用，若病人經醫師評估後有需要，醫院得以申報其他費用和延長住院天數，但必須通過健保署審查，一旦不通過就必須自行吸收費用。但醫療院所有時為了減輕行政作業或降低醫病溝通壓力，可能會跟病人說：「三天必須出院，超過的部分一律自費。」可能導致某些生產過程有併發症、需要延長住院天數的病人，誤認只能住院三天，或是誤以為自己不需要住院，或甚至無力負擔住院費用，而無法獲得適當的醫療服務。

(三)健保收入的成長趕不上支出的成果，財務結構脆弱

健保目前最迫在眉睫問題就是財務狀況，由於健保支出連年攀升，收入卻是緩慢成長，導致健保財務入不敷出。全民健保每年的醫療費用節節上升其實是很正常的情況，人口的自然成長、老年人口比例快速攀升，物價上漲，再加上新醫療科技的引進，都是健保醫療支出越來越多的原因。事實上不只台灣如此，各國皆有相似的情況。

- 1.人口自然成長:台灣地區人口總數，從 100 年至 109 年增加約 33 萬人。
- 2.人口結構老化:老年人看病的次數與醫藥花費比年輕人多。台灣人口越來越長壽，自 104 年至 110 年，國內 65 歲以上人口，已經由 293.9 萬人增加為 380.4 萬人，約占全國人口的 16.2%。

老年人口每年所需醫療費用也較多，108 年老年人口占健保總醫療支出的 38.4%。換句話說，平均每 1 塊錢醫療支出，就有五分之二是用在老人的醫療服務。

3.物價上漲:自 104 年至 110 年間，消費者物價指數計上漲 6.3%，東西越來越貴，即使現在和 5 年前買相同的物品，也要花更多的錢。

4.新醫療科技和新藥的使用造成健保支出擴大:為了確保醫療品質，加強照顧病人，引進現代化醫療技術和新藥，以及使用高科技的儀器，乃是必要之舉。

(四)相較於其他國家的支出，我國民眾醫療利用有檢討空間

國際比較發現，我國民眾每年平均門診次數和昂貴檢查的次數都偏高。近 5 年來，我國全民健保平均每人每年門診次數都超過 15 次，約為歐美國家的 2 至 3 倍。

(五)健保給付範圍持續擴大

健保給付的範圍日益擴大的原因在於增修診療項目、新藥給付、癌症用藥等。隨著醫療科技的發展，引進新的醫療科技項目，不但有助於醫生的臨床診斷，選擇更為適切的治療處置或手術方式，也可以提升病患的就醫安全和品質。更重要的是，納入健保給付範圍，可以有效減輕病患的財務負擔。因此，每年總額協商時，都會基於以上原因編列適當的新醫療科技預算。

108 年度醫院及西醫基層總額，分別編列新醫療科技預算，以持續引進新醫療科技，健保署並運用其中之 19.34 億元及 0.42 億元預算，共引進 51 項新藥(不含 C 型肝炎全口服新藥、罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏症候群治療藥品)。

根據健保署統計，107 年藥費總共支出 1,957 億元。其中抗腫瘤與免疫調節劑約支出 389 億元，占了整體藥費的五分之一。再加上近年來癌症高居國人十大死因之首，由此可見癌症用藥治療的迫切需求。癌症免疫新藥的問世，可透過提升病患免疫反應去攻擊腫瘤細胞，為許多癌症患者帶來一線生機，也突顯了 108 年 4 月癌症免疫新藥納入健保給付的重要性。

(六)健保費率調整次數少

健保開辦已 26 年，健保過去分別於 2002 年、2010 年調高健保費率，2013 年實施二代健保開徵補充保費，將健保費率調降為 4.91%；2015 年底因安全準備餘額超過 78 條規定之 1~3 個月保險給付支出，依健保會費率審議結果於 2016 年調降費率。自今年(2021 年)1 月 1 日起，健保費率再度從 4.69% 調漲為 5.17%。不過，除非是大幅度調漲，否則調整費率僅是治標

不治本的方法。

(七)被保險人所得成長有限，導致保險費基擴張有限

被保險人的所得，是計算投保金額的基礎。但是近年來因為經濟成長趨緩，導致被保險人投保金額調整有限，使得健保保費收入難以支付節節升高的醫療支出。

(八)設定眷口數上限

保險對象當中，負責繳納健保費者稱為「被保險人」；至於由被保險人代繳保費者稱為「眷屬」，眷屬越多，被保險人所要繳納的保費越多。為了減輕大家庭的負擔，目前的眷口數上限為3人，每位被保險人至多負擔3位眷屬的健保費。

(九)平均眷口數下降

雇主需要幫忙繳納勞工部分的健保費，其計算方式為按照第一類第一日至第三目被保險人實際眷屬人數之平均，計算雇主應繳的金額。健保剛開始開辦的時候，平均眷口數為1.36人，之後逐年下降，自109年1月1日起調整為0.58人。平均眷口數的下降，也使得保險費收入減少。

第四章、全民健保的錢從哪裡來？花到哪裡？

這個章節將介紹全民健保的收入來源，以及支出的項目，讓大家對於健保的經營模式有一個基本的了解。

名詞解釋
保險收入： 包含一般保險費、補充保險費、政府 36% 差額負擔，少部分來自於補充性財源，包含保險費滯納金、公益彩券盈餘分配收入、菸品健康福利捐等。
保險成本： 包含保險給付醫療費用和其他保險成本，其中以保險給付醫療費用為大宗。
安全準備總額： 歷年健保盈餘與健保虧損的總和。

一、全民健保收多少錢？花多少錢？盈虧的情形如何？

全民健康保險的財務結構是由保險收入、保險成本以及安全準備餘額，總共三個部分所組成。保險收入包含一般保險費、補充保險費、政府 36% 差額負擔及其他保險收入等，用來支付保險對象的醫療費用。安全準備餘額指的是歷年來盈餘與虧損的總和。全民健康保險法第 78 條規定，安全準備餘額應該介於最近精算一個月至三個月的給付總額，如果低於最近一個月的給付總額，就應該調整保險費的費率。

表 4-1 全民健保保險收支情形（單位：億元）

	保險收入	保險支出	收支差額	安全準備餘額
101 年	5,072	4,806	265	210
102 年	5,557	5,021	536	746
103 年	5,695	5,181	514	1,260
104 年	6,410	5,381	1,029	2,289
105 年	5,869	5,684	186	2,474
106 年	5,900	5,998	-98	2,376
107 年	6,061	6,328	-266	2,109
108 年	6,224	6,566	-342	1,767

資料來源：109 年健保會年報，頁 88-89

從表 4-1 當中可以看到，全民健保的收入從 101 年的 5,072 億元逐年上升到 104 年的 6,410 億元；105 年由於調降健保費率，因此當年收入降至 5,869 億元²¹；接下來又是逐年上升，109 年的健保收入為 6,291 億元。而全民健保的支出則從 101 年的 4,806 億元逐年增加到 109 年的 6,962 億元。

除此之外，我們可以觀察到，自從 102 年實施二代健保之後，結餘下來的錢累積了不少安全準備餘額。安全準備餘額從 102 年的 746 億，大幅成長為 103 年的 1260 億，之後連年上升，後來至 105 年調降健保費率之後，再加上健保支出快速成長，安全準備餘額於是逐年減少。109 年健保署預估若維持當時費率，110 年的安全準備將不足一個月保險給付支出的最低法定標準，因此於 110 年 1 月 1 日起，調漲健保費率至 5.17%。

二、全民健保的健保費率和補充保費有多高？每個保險對象一年大概支出多少？

全民健保從 84 年開辦至今，健保費率隨著收支連動的原則歷經了幾次調漲，最近一次是由 110 年 1 月 1 日起，一般保險費費率由 4.69% 調整 5.17%，至於補充保費費率從 1.91% 調漲為 2.11%。今年之所以要調漲健保費率，原因在於 106 年度全民健康保險財務評估報告指出：如果健保費率一直維持在 4.69%，未來每年的虧損金額將持續擴大，從 110 年開始，健保累積的收支餘額將由正值轉為負值，而健保收支逆差更高達 994 億元。

台灣目前約有 2393 萬人是全民健保的保險對象。保險對象根據類別不同，所要負擔的保費也不一樣，表 4-2 即呈現出 109 年各類別保險對象每個月的平均保費。不過健保保險費並非全部皆由民眾支出，政府和雇主皆補助了一部分的保費，政府補助保費的比率，按照職業的不同而有所差異。

表 4-2 109 年各類平均投保金額與平均保險費統計表

	第一類	第二類	第三類	第四類	第五類	第六類
單位：元	44,730	27,473	24,000	1,785 (38,060)	1,785 (38,060)	1,249 (26,631)

資料來源：110 年 7 月份全民健康保險業務執行季報告，頁 9

²¹ 104 年收入中內含 489.93 億元，屬於 102-103 年度保費收入(政府 36% 爭議釐清後補列)，以雜項收入列帳。105 年費率調降的影響大約只有 210 億元。

三、全民健保有那些收入？相關財源從哪裡來？

目前保險收入的組成主要來自於保險對象、雇主及政府共同分擔的保險費收入，保險收入包含保險費收入及其他保險收入。自從102年二代健保實施開始，保險費收入來源除了原有的一般保險費收入，又增加補充保險費收入及政府36%差額負擔。一般保險費收入，基本上按照薪資所得呈現穩定成長趨勢，其波動主要受到費率調整及政策因素影響。至於補充保險費收入，主要是來自於投保單位的投保金額與給付薪資差額、保險對象的股利所得和高額獎金等，補充保險費的波動同樣也與費率調整及政策因素相關，也會受到經濟因素所影響。除此之外，保險收入少部分來自於補充性財源，包含保險費滯納金、公益彩券盈餘分配收入、菸品健康福利捐等。

一般保險費的部分，109年的應收保費為5,665億元，實收一般保險費5,579億元，收繳率98.48%。其中被保險人和投保單位應收一般保險費為3,810億元，實收3,724億元，收繳率是97.75%；政府法定補助應收一般保險費是1,854億元，實收1,854億元，收繳率為100.0%。

至於補充保險費，109年所收繳的補充保險費是471億元，其中來自投保單位為259.32億元(55.01%)，來自保險對象中為股利所得是87.96億元(18.66%)，逾當月投保金額4倍部分之獎金是64.35億元(13.65%)，租金收入為28.02億元(5.94%)，兼職薪資所得是18.22億元(3.87%)，執行業務收入是8.07億元(1.71%)，利息所得是5.43億元(1.15%)。

補充性財源的方面，滯納金指的是保險對象、雇主和扣費義務人逾期繳納保險費的時候，應該支出的費用。109年的滯納金收入為4.67億元。其次還有兩個比較主要的補充性財源：一個是菸品健康福利捐，這項是針對菸品課稅，讓全民健保使用，主要用來支付全民健康保險之安全準備、補助經濟困難者之保險費和罕見疾病等醫療費用；另一個是公益彩券收益提撥一定比例（現為5%）給全民健保使用，主要用於全民健康保險之安全準備餘額。109年公益彩券及菸品健康捐分配的收入為159.33億元

四、全民健保被保險人分為幾類？每一類保險人所負擔的保費有什麼不同？保費怎麼計算？

民眾所要繳交的保險費是以「投保金額」乘以「費率」，再乘以「負擔比率」，所得的數字便是每個被保險人所要繳交的保費。如果被保險人有眷屬，就必須再乘以「眷口數」才是正確的金額。投保金額和負擔比率會隨著「被保險人的分類」之不同，而有所差異。所以要準確計算保費，就必須掌握五個原則：「被保險人的分類」、「投保金額」、「費率」、「負擔比率」、「眷口數」。以下分別說明：

(一)被保險人的分類

全民健保的被保險人總共分為六類，如表 4-3 所示。第一類主要為公教人員、勞工、雇主、自營業主、專門職業及技術人員自行執業者，大概有 1423 萬人；第二類為無固定雇主勞工或自營作業者，有 361 萬人；第三類主要為農漁民，有 204 萬人；第四類主要為軍人，有 7.6 萬人；第五類為低收入戶，有 28.6 萬人；第六類主要為榮民或榮民遺眷代表，以及其他無法分類的「地區人口」（例如：失業者），有 361 萬人。

表4-3 110年各類保險對象人數(截至110年6月底)

	第一類	第二類	第三類	第四類	第五類	第六類
保險對象人數	14,233,188	3,619,889	2,045,858	76,324	286,400	3,614,944

資料來源：110 年 7 月份全民健康保險業務執行季報告

(二)投保金額

最新的投保金額分級表由110年1月1日起實施，總共分成9組47個級距，投保金額分級表第1投保等級為24,000元，最高(第47)投保等級為182,000元。第一類及第二類被保險人的投保金額，是將被保險人的薪資、工作或營利所得，對照投保金額分級表而決定；所得較高的民眾因為投保薪資較高，因此負擔比較多的保費。而第三類被保險人的投保金額，農民、漁民目前的投保金額為24,000元。除此之外，榮眷每月的自付保險費金額為413元。地區人口，每個月應自付保險費為定額的826元。

(三)健保費率

全民健保於 84 年 3 月剛開辦的時候，健保費率訂為 4.25%，過程中經歷數次調整，如表 4-4 所示，現行的費率是 5.17%，由 110 年 1 月 1 日開始實施。

表 4-4 健保費率歷年調整表

年份	健保費率	補充保費費率
84 年 3 月 1 日至 91 年 8 月 31 日	4.25%	尚未開辦
91 年 9 月 1 日至 99 年 3 月 31 日	4.55%	
99 年 4 月 1 日至 101 年 12 月 31 日	5.17%	
102 年 1 月 1 日至 104 年 12 月 31 日	4.91%	2%
105 年 1 月 1 日至 109 年 12 月 31 日	4.69%	1.91%
110 年 1 月 1 日至現在	5.17%	2.11%

資料來源：109 年健保會年報及衛生福利部中央健康保險署網站

(四)負擔比率

各類被保險人的保險費由政府、雇主、自己所共同負擔，但是三者負擔的比率都不相同。其中公教人員與有固定雇主的勞工是自己負擔 30%，雇主、自營雇主、專技人員則是自己全額負擔。無固定雇主勞工及外僱船員是自己負擔 60%。農漁民自 107 年 1 月 1 日起投保金額統一調整為 24,000 元，並且由自己負擔 30%。低收入戶、以及榮民及其遺眷家戶代表（本人）則由政府全額負擔其保險費。榮民其他遺眷（眷屬）則需自負 30%。其他地區人口由自己支出 60%。

表4-5 被保險人分類以及政府、雇主、被保險人保險費分擔比率

保險對象類別		負擔比例(%)			
		被保險人	投保單位	政府	
第一類	公務人員 公職人員	本人及 眷屬	30	70	0
	私校教職員	本人及 眷屬	30	35	35
	公民營事業、機構等有一定雇主的受雇者	本人及 眷屬	30	60	10
	雇主 自營業主 專門職業及技術人員自行執業者	本人及 眷屬	100	0	0
第二類	職業工會會員 外僱船員	本人及 眷屬	60	0	40
第三類	農、漁會會員	本人及 眷屬	30	0	70
第四類	義務役軍人、替代役役男、軍校軍警生、在卹遺眷、在矯正機關接受刑或保安處分(保護管束除外)、管訓處分之執行逾2個月者	本人	0	0	100
第五類	低收入戶	本人	0	0	100
第六類	榮民、榮民遺眷家戶代表*	本人	0	0	100
		眷屬	30	0	70
	其他地區人口	本人及 眷屬	60	0	40

* 遺眷：亡故榮民之眷屬；遺眷家戶代表：一戶僅限一名

資料來源：衛生福利部中央健康保險署網站

(五)眷口數

被保險人有可能只繳自己的保費，或是還要負擔家中其他眷屬的保費，但每一個被保險人最高負擔的眷口數為三人。

對於五大原則有基礎的了解之後，我們就可以利用以下公式來計算民眾所要負擔的保費：

表4-6 各類別健保保費計算公式

類別	付費者	計算公式
第一類至第三類	被保險人	投保金額×費率×負擔比例×(1+眷口數)
	投保單位 或政府	投保金額×費率×負擔比例×(1+平均眷口數)
第四類	政府	第一至三類保險對象每人平均保險費，並由政府 全額負擔
第五類	政府	
第六類第一目	被保險人 或政府	第一至三類保險對象每人平均保險費，被保險人 由政府全額負擔，眷屬則由政府補助7成
第六類第二目	被保險人 或政府	全體保險對象每人平均保險費×負擔比例×(1+眷 口數)

註：1.平均眷口數為0.58人

2.眷口數超過3口以3口計

3.現行每人平均保險費第四類及第五類為1,825元。第六類為1,377元，依自付60%、政府補助40%之規定計算，因此地區人口每人每月應繳的保險費為826元。

4.目前費率為5.17%。

資料來源：衛生福利部中央健康保險署網站

讓我們舉例來計算被保險人所要負擔的保費：

- ❖ 有一定雇主的勞工，如果投保金額是53,000元，另有眷屬兩口，每個月應該付款的保險費即為： $53,000 \text{元} \times 5.17\% \times 30\% \times (1+2) = 2,466 \text{元}$ 。若無眷口，每個月應該自付的保險費是 $53,000 \text{元} \times 5.17\% \times 30\% = 822 \text{元}$ 。
- ❖ 無一定雇主或是參加職業工會的被保險人，如果投保金額是53,000元，另有眷屬兩口，每個月應該自負的保險費是： $53,000 \text{元} \times 5.17\% \times 60\% \times (1+2) = 4,932 \text{元}$ 。若沒有眷口，每個月應該自付的保險費是 $53,000 \text{元} \times 5.17\% \times 60\% = 1,644 \text{元}$ 。
- ❖ 具有農會、漁會會員資格的被保險人，投保金額是24,000元，如有眷屬兩口，每個月應該自負的保險費是： $24,000 \text{元} \times 5.17\% \times 30\% \times (1+2) = 1,116 \text{元}$ 。若無眷口，每個月應該自付的保險費是 $24,000 \text{元} \times 5.17\% \times 30\% = 372 \text{元}$ 。

五、全民健保有哪些支出項目？所占比率為何？

全民健保的成本包含保險給付支出和其他保險成本，其中以保險給付醫療費用為大宗。依據 110 年 7 月份全民健康保險業務執行季報告的資料顯示，109 年健保申請點數為 7,803.8 億點，門診申請點數約為 5,123 億點，住院申請點數約為 2,271.4 億點。

如果按照總額部門區分的話，109 年以醫院 5,301.7 億點最高，其次則是西醫基層 1,197.5 億點，第三是牙醫 469.3 億點，第四是中醫 288.7 億點，第五為門診透析服務(醫院及基層)是 475.4 億點。而 110 年度全民健康保險醫療給付費用總額核(決)定的年度總額約為 7,835.54 億元，醫院總額為 5,402.05 億元，西醫基層總額是 1,505.15 億元，牙醫門診總額 481.9 億元，中醫門診總額是 284.92 億元，其他預算則是 161.53 億元。

值得注意的是，110 年 7 月，重大傷病證明有效領證人數為 91 萬 8 千餘人，占總保險人 3.8%，其中以癌症最多。107 年重大傷病患者的醫療點數約 2,044 億點，約占全民健保支出的 28%。至於 65 歲以上的人口占全國人口的 14.56%，其醫療費用占全國總醫療費用之 38.4%。由此可知重大傷病患者以及老年人口的醫療費用支出比重較高，全民健保確實為這些需要醫療服務的人口提供實質的協助。

第五章、錢不夠了，怎麼辦？

名詞解釋
部分負擔： 民眾看病時，所需要支出的部分醫療費用。
停復保制度： 「全民健康保險法施行細則」規定出國 6 個月以上的國人，可向健保署申請於國外期間不必繳交健保費並停保，但返國之日即可復保。
總額支付制度： 付費者與醫療供給者針對特定範圍的醫療服務，訂定未來的一段期間（通常為一年）內健康保險醫療服務的預算總額，用來支出醫療院所在該期間內所提供的醫療服務費用，是一種確保健康保險維持財務收支平衡的醫療費用支付制度。
分級醫療： 簡單來說就是「小病去小診所，重症去大醫院」，藉此達到分流的效果，讓病人依照疾病的嚴重程度不同，都可以獲得最妥善的照顧。
補充保費： 在原有的一般保費之外，針對一般人的額外收入收繳補充保險費，包括全年累計超過當月投保金額 4 倍部分獎金、兼職所得、執行業務收入、股利（包括現金、股票）所得、利息所得、租金收入等 6 項。雇主部分為給付薪資與投保金額間的差距金額。藉此增加健保收入，讓保費收取更符合量能負擔的公平原則。

一、全民健保的錢為什麼會不夠？

全民健保自 1995 年開辦以來，醫療費用支出的增加速度遠快於保險收入的增加速度。人口高齡化的影響、新藥納入健保給付、引入新醫療技術、重症照護人口的增加都是醫療費用快速成長的原因。

然而提高健保收入的部分，實行起來卻有著諸多限制。基於全民健康保險法第 18 條的規定，健保費率以 6% 為上限，再加上民眾對於健保費率調漲的觀感普遍不佳，進而導致健保費率的調整空間受到較大的限制。除此之外，投保金額未必能反映實際所得的情形、平均眷口數的調降，也都導致健保收入所得遠跟不上支出的增加速度，全民健保的財務平衡出現問題。

二、錢不夠了怎麼辦？

隨著經濟條件和人口結構的改變，人均壽命越來越長，醫療支出的成長更是逐年攀升，甚至是遠快於健保保費收入的成長速度。這個現象反映了全民健保一直以來所面對的重大議題，如何穩定且持續提供醫療服務，同時維持健保的永續經營，也突顯了財務平衡方案的重要性。全民健保財務平衡方案包含開源和節流兩大部分，一方面積極地拓展財源，另一方面，則是把錢花在刀口上，盡可能避免醫療資源的浪費，兩者都是非常重要的一環。以下將分成開源、節流兩大部分進行說明。

三、健保署採取過的開源措施

(一)調漲健保費率

保險費一直是健保收入的最主要來源，全民健保的設計機制，是讓全民健保得以自給自足，盡量避免影響到政府其他財務支出。保險費收入必須足以供應醫療費用的支出，因此向人民收取的保險費應以精算特定期間的平衡費率為準。健保費率的調整牽一髮而動全身，往往需要經過多方考慮思量，根據全民健康保險法的規定，健保安全準備總額，以相當於最近精算一個月至三個月之保險給付支出為原則，健保會廣邀精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士針對費率的調整提供意見。²²

精算特定期間之健保費率的用意，主要是以前期結餘填補後期短絀，因為健保費率在一定期間的費率是固定的，然而醫療費用卻是連年成長，為了避免健保財務虧損，必須在前期先持有結餘，在後期方能支應短絀的情況。健保署過去分別於 2002 年、2010 年及 2021 年三次調高健保費率，最近一次調漲距離上次調漲已經 11 年。近兩年 COVID-19 疫情肆虐，經濟不景氣的环境下，考慮到民眾可負擔能力下降，以及避免一次性大幅度調漲，因此漲幅較低，目前現行的健保費率為 5.17%。

(二)調整投保金額分級表

為了遵循量能負擔的原則，健保署近幾年因應基本工資調漲，陸續調整投保金額分級表下限，最新的投保金額分級表由 110 年 1 月 1 日起施行，總共分成 9 組 47 個級距，投保金額分級表第一級由 23,800 元調整為 24,000 元，預估一年可增加約 5 億元的健保收入。

(三)藥商藥品價量協議返還金（藥品給付協議返還金額）之運用

藥品給付協議返還金額原本回歸健保基金，自從 107 年第 2 季起回歸醫療總額，並由健保署依照相關藥品於各季申報醫令金額的比率，併入各總額醫療費用結算，減緩藥費對於總額點值的衝擊。值得注意的是，C 肝用藥費用於 106 年起列為專款項目，該藥品所返還的金額撥入專款項目，專門用於 C 肝病患的用藥治療。108 年度藥品給付協議返還金額為 34.1 億元，其中

²² 二代健保施行前，至少每二年精算一次，每次精算二十五年，並由精算師等組成算小組審查。二代健保施行後，由健保會於 11 月底前依協議訂定醫療給付費用總額完成審議。審議前應邀請算師等提供意見。

18.6 億的 C 肝藥品返還款用於 C 肝治療，其餘的 15.5 億則是撥入總額。

表5-1 歷年藥品價量協議返還金

年度	藥品給付協議 返還金額 (億元)	備註
103	14.70	撥入健保基金
104	13.17	撥入健保基金
105	15.26	撥入健保基金
106	9.58 0.1(C 肝專款) 9.48(基金)	0.1 億 C 肝藥品返還款撥入專款用於 C 肝用藥治療 其餘 9.48 億撥入健保基金
107 ^註	14.9 0.8(C 肝專款) 14.1(基金、總額)	0.8 億 C 肝藥品返還款撥入專款用於 C 肝治療 其餘 14.1 億中，4.1 億撥入健保基金(107 年第 1 季)、10.0 億撥入總額(107 年第 2-4 季)
108 ^註	34.1 18.6(C 肝專款) 15.5(總額)	18.6 億 C 肝藥品返還款撥入專款用於 C 肝治療 其餘 15.5 億撥入總額(包含 0.4 億其他專款返還金額)

註：藥品給付協議之返還金額自 107 年第 2 季回歸總額。

資料來源：健保會第 4 屆 109 年第 1 次臨時委員會議資料

(四)其他

健保署還有其他的開源措施，像是：菸品健康福利捐、社會福利彩券收益(包括公益彩券、運動彩券收入，後因修法，自105年11月18日後全數撥入教育部)、逐年將軍公教人員由本薪改以全薪投保……等等。除此之外，也加強清查中斷投保之保險對象、投保金額查核和欠費收繳，這都是確保健保收入來源的方式。透過多元積極的作為，希望能穩固全民健保的財務狀況，維持全民健保系統運作及平衡，促進全民健保永續發展。

四、健保署採取過的節流措施

(一)總額支付制度

為了節制健保醫療費用的快速成長，以及提高特約醫療場所的專業自主權，健保署自1998年起陸續推動牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院等部門總額支付制度，至2002年起全面採

行總額預算支付制度。這意味著健保署支付給特約醫療院所醫療費用時，雖仍採論量計酬支付方式，但整體醫療費用設有上限，年度總額固定後，醫療服務量越大，則每單位服務量可以申請的健保核付費用也就越低。

每年度的醫療給付費用總額又是如何決定的呢？依據《全民健康保險法》第六章第六十條規定，每年的醫療給付費用總額由衛福部於年度開始六個月前擬定其範圍，經諮詢健保會後，報行政院核定。第六十一條規定，健保會應於各年度開始三個月前，在前條行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協議訂定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式，報衛福部核定；不能於期限內協議訂定時，由衛福部決定。

總額支付制度的用意在於利用有限健保資源，提供有效率且高品質的醫療服務，避免醫療資源的浪費，希望將醫療費用成長率控制在一定範圍內。而110年度的醫療給付費用總額，醫療費用的成長率分別是，牙醫門診為3.055%，中醫門診是4.306%，西醫基層(含門診透析服務)為3.552%，醫院總額(含門診透析服務)則是4.382%。

(二)推動論病例計酬和住院診斷關聯群 (Tw-DRGs) 支付制度

醫療給付費用總額支付制度是一種宏觀 (macro) 的成本控制手段，同時也需要佐以微觀 (micro) 的改革，才能落實節流的效果，而論病例計酬和住院診斷關聯群 (Tw-DRGs) 支付制度正是微觀的改革方式。這兩種支付方式可以解決論量計酬下，醫療院所提供不必要診療服務的缺點。

論病例計酬是依照病例分類(主診斷或主手術)訂定單一支付點數來支付醫療費用，同一個疾病/處置支付定額的費用，不因用藥或是住院天數不同而有差異，是一種定額包裹的給付方式。但是目前實施項目有限，大多是內容單純的疾病，節流的效果和管理的效益不大，目前99年以前門住診合計僅採行54項，因99年開始導入第1階段Tw-DRGs，及103年7月導入第2階段Tw-DRGs，目前實施的論病例計酬項目降低至20項。

多數疾病的處置方式都是多元的，甚至不同條件的人患有同樣疾病，因應的方式也各自不同。為了給予最適切的治療方式，同時避免不必要的醫療浪費，健保署開始推行住院診斷關聯群(Tw-DRGs)支付制度。住院診斷關聯群(Tw-DRGs)支付制度參考了不同條件(包含住院病患之診斷、手術或處置、年齡、性別、有無合併症或併發症及出院狀況等)之後，再分成不同的群組，同時考慮到各群組醫療資源使用的情形，於事前訂定各群組的給付價格。因此同一種病會因為診斷的不同、有無合併症或併發症及有無手術等因素而落入不同的群組，也會擁有不同的

支付價格。另外健保署也針對疾病嚴重度不同，給予不同的加成，希望藉此提升醫療品質、公平性以及效率。

(三)健保醫療資訊雲端查詢系統

健保署運用雲端科技，於 102 年利用病人資料建置健保雲端藥歷系統，105 年升級為「健保醫療資訊雲端查詢系統」。截至目前共提供 12 類就醫資訊查詢，供醫師調閱查詢，107 年更擴充此系統的內涵與功能，可以查詢病患近期做過的檢驗/檢查、手術、用藥等整合資訊，也建立了線上主動提醒醫師重複處方的功能，除了可以確保病人用藥安全，提升就醫品質及方便性，同時也降低重複用藥及檢查的潛在風險。

除此之外，自 104 年 7 月起開始實施門診特定藥品重複用藥管理措施，並於 106 年 10 月擴大藥品管理項目，後來逐年增加，至 108 年 10 月起更進一步擴大至健保門診全藥類藥品，希望透過各醫療院所的處方或調劑作業共同努力，以避免藥品浪費。藥品浪費也和民眾息息相關，健保署於 104 年 7 月份起，推動同院所重複處方或調劑藥品的藥費核刪，並且於 107 年修正增訂全民健康保險醫療辦法第 14 條「保險對象應善盡保管藥品義務，因藥品遺失或毀損，再就醫之醫療費用由保險對象自行負擔。」之規定，提倡民眾遺失藥品應自行負責，以避免不適當的藥費支出。

統計數據顯示，109 年全年共有 28,308 家院所、91,833 位醫事人員使用健保醫療資訊雲端查詢系統，使用率如下：醫院 100%、西醫基層診所 97%、中醫診所 95%、牙醫診所 96%、藥局 92%。也有約 88.7% 的病人在就醫或領藥時，醫事人員會先行查詢本系統，以確保用藥無誤。自 102 年建置本系統後，103 至 109 年估計減少重複藥費近 93.5 億元(以全藥類估算)、推估 107~109 年減少重複檢查檢驗費用約 10 億點。另於 107 年起針對西醫藥費前 80% 之重點藥品，展開強化管理措施，以大數據分析回饋給醫療院所自我管理，針對異常案件加強審查，近年整體藥費的半年成長率由 106 年下半年的 8.93% 下降至 109 年上半年的 1.20%。

隨著健保雲端系統不斷提供創新服務，健保署也榮獲多項國際獎項的肯定。更重要的是，透過此平台，得以有效提升醫療效益及病患安全、整合病患醫療資訊，各級醫療院所也可以持續發展創新應用，讓本系統運用在更廣闊多元的層面上，進而提升醫療照護品質與病人安全。

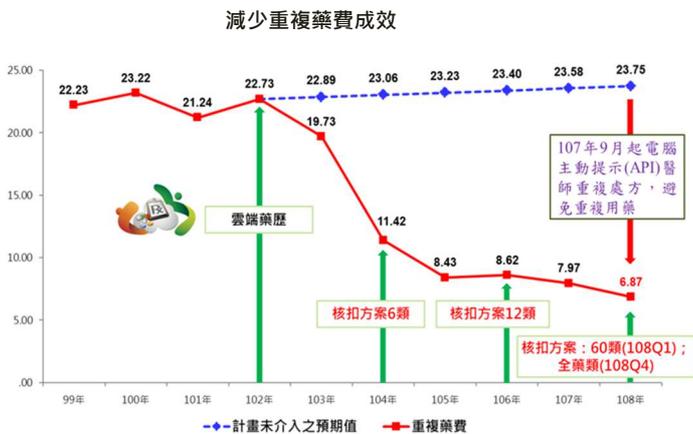


圖 5-1 歷年減少重複藥費成長率

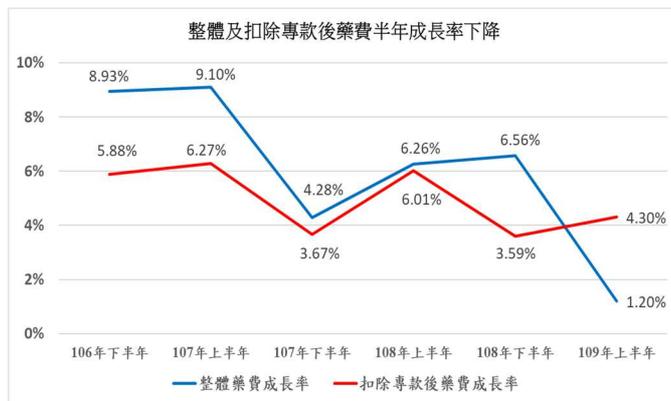


圖 5-2 歷年整體及扣除專款後藥費成長率



圖 5-3 歷年門診檢查申報點數成長率



圖 5-4 歷年檢查檢驗合理區間再執行率

估算107-108年減少重複檢查(驗)費用(20類)約3.5億點

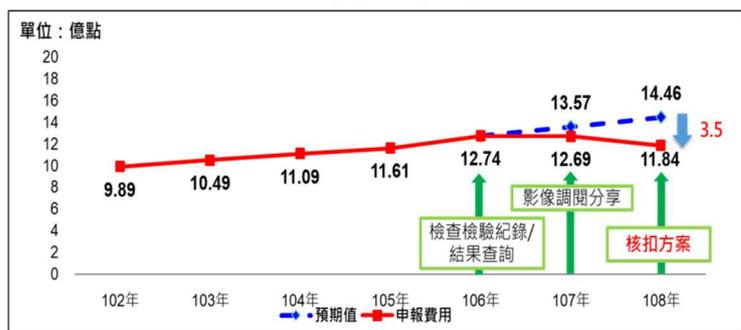


圖 5-5 歷年減少重複檢查(20類)申報點數

估算107-108年減少重複檢查(驗)費用(44類)約5.3億點

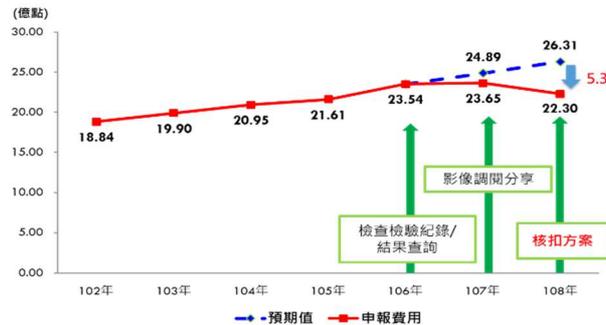


圖 5-6 歷年減少重複檢查(44類)申報點數

資料來源：健保會第4屆109年第1次臨時委員會議資料

(四)分級醫療

分級醫療簡單來說就是小病去小診所，重症去大醫院，藉此達到分流的效果，病人依照疾病的嚴重程度不同，都可以獲得最妥善的照顧。目前現行的制度把醫療院所分成「基層診所」、「地區醫院」、「區域醫院」與「醫學中心」，總共 4 級。民眾生病時，第一時間可先到診所看病，如果病情比預期更嚴重或是需要更進階的檢查，再由醫生轉診至其他的醫療院所，節省重複檢查及等候時間，由於醫院有充分人力提供急、重症的照護，讓病患獲得迅速妥善的治療，避免不必要的醫療花費與就醫時間，促進醫療資源合理分配。藉由各級醫療院所分工合作，透過雙向轉診的機制，提供病患連續性、整合性的醫療照護，紓解醫院擁擠情形，提升醫療照護品質。

健保署自 106 年開始執行分級醫療政策，佐以各項配套措施逐步推動，經過醫界、民眾及相關公部門的努力下，已略見成效，區域級以上醫院門診人次占率逐漸減少，而基層和地區醫院的門診人次占率增加，門診人次的轉移可使有限醫療資源能發揮更大效益。然而因為民眾就醫習慣的改變並非一蹴可及，雖然民眾的就醫情形有朝基層門診移動的趨勢，仍須加強溝通宣導並持續觀察，惟有民眾養成正確的就醫觀念，共同珍惜醫療資源，方能讓有限的醫療資源發揮最大的使用效益。有鑑於此，107 年衛福部委託臺灣大學社會學系舉辦分級醫療公民審議會，邀請來自全台各地的民眾共同討論，交流不同的意見，期盼對於分級醫療政策能夠有更多元的建議。

根據 108 年中央健康保險署委託陽明大學進行調查的結果顯示，雖然超過七成民眾認同健保分級醫療政策，但民眾行為與認知並不相符，因同時也有七成民眾認為大醫院比較專業，近五成民眾無法辨識疾病嚴重度的高低，顯示分級醫療政策的推廣和落實仍有進步的空間。

(五)配合藥費支出目標制(DET)辦理例行年度藥價調整措施

鑑於每年藥品支出持續成長，二代健保法修法之後，為了讓調整藥價的幅度更具有可預測性，自 102 年起試辦藥費支出目標制 (DET)，每年都會將超出藥費支出目標值的額度，作為下一年藥價調整的依據，同時也啟動市場調查，如果藥品的交易價格已經下降，就會調整該藥品的價格。103 年至 109 年每年辦理例行藥價調整，所節省藥費約 400.22 億元，可以緩和藥費的成長；節省下來的額度可以用在給付新藥、放寬藥品給付範圍等措施，也可以使其他醫療服務項目能獲取較大額度以合理反映點值。

如果有藥廠反映健保調整價格後不敷成本，在確保民眾用藥權益的前提下，健保署也願意與藥界溝通，積極檢討 DET 的計算公式，共同商議解決方法。一方面讓藥界保有合理的利潤空間，另一方面，也可藉由藥價調整後的效益，運用在支付新藥及適應症範圍擴大的給付，達到全民共享藥價調整的效益。

表 5-2 藥費支出目標制 (DET) 歷年支出表

項目	102 年	103 年	104 年	105 年	106 年 ^註	107 年 ^註	108 年 ^註
DET 成長率	4.528%	3.309%	3.481%	4.950%	4.280%	3.212%	4.080%
目標值 (億元)	1,380.0	1,425.6	1,475.2	1,548.2	1,511.0	1,559.5	1,623.1
核付金額 (億元)	1,436.7	1,507.7	1,507.0	1,605.3	1,594.4	1,631.9	1,678.3
超出額度調整額 (億元)	56.7	82.1	31.8	57.1	73.82	58.3	40.4
調整生效日期	103.5.1 103.7.1	104.4.1	105.4.1	106.4.1	107.5.1	108.4.1	109.10.1

註：106 年起 DET 不包括罕病、血友病、AIDS 及 C 肝等治療用藥，所以其目標值及核付金額排除該等費用，超出及調整金額為核付金額扣減目標值，再扣減價量協議 (PVA) 回收金額。

資料來源：衛福部健保會第 4 屆 109 年第 1 次臨時委員會議資料

(六)提高部分負擔

民眾到醫療場所看病時，並不是由全民健保負擔所有的醫療費用，看病的人也需要負擔一部分的金額，這就是「部分負擔」的概念。設立部分負擔的規定，除了是以「使用者付費」的理念，增進負擔公平性，也提醒民眾醫療資源的寶貴，避免因為看病太過便宜，導致浪費醫療資源的情形發生。

健保法第 43、47 條，明定門診、急診、居家照護、住院等部分負擔之收取方式，其中只有居家照護及住院之部分負擔，是採用定率收費，其他項目則是以定額方式計收。在門診部分，除有基本部分負擔之外，另有藥品及復健物理治療(中醫傷科)之部分負擔。

門診基本部分負擔最近一次調整，是 106 年 4 月 15 日，若經過轉診到醫學中心或區域醫院，部分負擔調降 40 元(分別為 170 元、100 元)；未經轉診，直接到醫學中心或區域醫院，部分負擔調升 60 元(分別為 420 元、240 元)。

表 5-3 門診基本部分負擔表

醫院層級	西醫門診		急診		牙醫	中醫
	經轉診	未經轉診	檢傷分類			
			第 1、2 級	第 3、4、5 級		
醫學中心	170 元	420 元	450 元	550 元	50 元	50 元
區域醫院	100 元	240 元	300 元		50 元	50 元
地區醫院	50 元	80 元	150 元		50 元	50 元
診所	50 元	50 元	150 元		50 元	50 元

資料來源：衛生福利部中央健康保險署網站

- 註：(1)凡領有身心障礙手冊者，門診就醫時不論醫院層級，基本部分負擔費用均按診所層級收取 50 元。
 (2)門診手術後、急診手術後或住院患者出院後 1 個月內之第一次回診，及生產出院後 6 週內第一次回診，視同轉診，並得由醫院自行開立證明供病患使用，按「經轉診」規定收取部分負擔。

門診藥品部分負擔依照定率計算後採定額的方式收取；藥費 100 元以下免收，100 元以上，則按藥費級距每增加 100 元收取 20 元，以此類推，藥費超過 1,001 元以上，藥品部分負擔收費 200 元。但若是持「慢性病連續處方箋」調劑(開藥 28 天以上)者、接受牙醫醫療服務或論病例計酬診療項目，則可免除藥品部分負擔。

表 5-4 門診藥品部分負擔表

藥費	部分負擔費用
100 元以下	0 元
101~200 元	20 元
201~300 元	40 元
301~400 元	60 元
401~500 元	80 元
501~600 元	100 元
601~700 元	120 元

藥費	部分負擔費用
701~800 元	140 元
801~900 元	160 元
901~1000 元	180 元
1001 元以上	200 元

資料來源：衛生福利部中央健康保險署網站

民眾因為生病而需要住院的話，住院部分負擔是依據住院病房類別及住院日數長短進行收費。急性病房的部分負擔比率高於慢性病房，如此設計的用意是希望民眾生病住院時，過急性期之後就應該回家療養或轉入慢性病房，避免占用醫療資源。

表 5-5 住院部分負擔表

住院部分負擔比率表				
病房別	部分負擔比率			
	5%	10%	20%	30%
急性病房	-	30 日內	31~60 日	61 日後
慢性病房	30 日內	31~90 日	91~180 日	181 日以後

資料來源：衛生福利部中央健康保險署網站

106 年 4 月 15 日調整部分負擔的主要目的之一，係為落實轉診制度，促進分級醫療，也因此兼具了開源和節流兩者的功能。希望藉由制度層面導引民眾就醫行為的改變，小病去小診所掛號，重症去大醫院就醫；除了提升效率，也是促進醫療院所提供醫療服務內容的差異化，和整體醫療體系的分工合作，讓民眾獲得最妥善的照護。

108 年保險對象醫療費用的部分負擔為 425 億元，較上年增加 1.7%，其中門診部分負擔 324 億元，住院部分負擔 101 億元。全民健保為了照顧弱勢群體，免除了特定對象的部分負擔，除於健保法第 48 條明定重大傷病、分娩、山地離島地區就醫，免除部分負擔；健保法第 49 條明定低收入戶就醫應自行負擔之費用，由中央社政主管機關編列預算補助；並有因職災或多氣聯苯中毒就醫、3 歲以下兒童或百歲人瑞、列管的結核病患等，由政府編列預算補助部分負擔。

五、二代健保重要財務改革措施

二代健保於 2013 年 1 月 1 日開始實施，其目的在於改善一代健保實施以來所面臨的諸多問題，這些問題包含醫療資源浪費、醫療資訊不夠公開、健保財務日益吃緊、民眾參與程度不足等。為了確保全民健保的永續經營，二代健保的主要目標為擴大費基和加強量能負擔精神、提升政府財務責任、強化照顧弱勢族群、促進財務收支連動機制、促進資訊公開透明、擴大民眾參與。以下將分別介紹二代健保的改革重點。

(一)補充保費

隨著人口結構改變，再加上醫療技術的進步，醫療支出日益龐大，為了解決健保收入不足的問題，加收補充保費，二代健保其中一項重大的變革—補充保險費，是健保署的開源措施之一，所採取的是雙軌制，亦即在原有的一般保費之外，利用擴大費基（利用擴大費基）收繳補充保險費的方式，增加健保收入，也讓保費收取更符合負擔公平性。當民眾有以下 6 項所得或收入時，將會被收取補充保費，分別為：(1) 全年累計超過當月投保金額 4 倍部分的獎金；(2) 兼職薪資所得；(3) 執行業務收入；(4) 股利所得；(5) 利息所得；(6) 租金收入。

補充保費的費率依健保法第 33 條規定，補充保險費費率的調整即隨一般費率調整幅度。2013 年的補充保險費費率為 2%，自 2016 年 1 月 1 日起，補充保險費費率由 2% 調降為 1.91%，而今年 1 月 1 日起因一般費率調整為 5.17%，故補充保險費費率依法連動調整成 2.11%。

補充保費並非毫無限制的收取，而是訂有上、下限，而兼職薪資所得如果單次給付達到基本工資才會收取補充保費，執行業務收入、股利所得、利息所得及租金收入單次給付金額達 2 萬元才需要繳納補充保費，而上限皆是以單次給付 1,000 萬元為限。

雇主的部分，除了一般保費之外，也要負擔補充保費。和保險對象不同的是，雇主所要支付的補充保費不設定上、下限，並且每個月和一般保費合併繳納。雇主負擔補充保費的計算方式為「每月支付薪資所得總額」與「受僱者當月投保金額總額」的差額再乘以補充保費費率，這樣設計的用意在於，雇主以固定月薪作為員工主要報酬的話，需要支付的補充保費非常的少；反之，如果雇主聘用許多兼職員工，或是員工的薪水包含大量獎金和紅利，由於這些並未反映在既有的投保金額，因此需要繳納的補充保費相對較多，雇主的負擔也隨之加重。109 年度收繳的補充保險費總共 472.06 億元。

(二)政府負擔健保總經費至少 36%

其實全民健保自從開辦以來，政府、雇主及民眾三方都需要支付一定的負擔比率。為了減輕民眾及雇主負擔，二代健保實施後，提高了政府所負擔的健保費。以政府為例，政府原來大概負擔了整體保費的 33%-34%，二代健保提高政府負擔的總經費至少達到整體保險費（不含其他法定收入）的 36%。也就是說，未來每一年政府需要多負擔百餘億元左右的健保費，並且隨著健保支出的成長，政府的負擔也會持續增加，與此同時便可以減輕雇主與保險對象的保費負擔。

(三)保障弱勢群體權益，減輕就醫部分負擔

考量到弱勢民眾可負擔能力，加強對弱勢族群及偏遠地區民眾的醫療服務也是二代健保的重點之一。除了減免醫療資源缺乏地區就醫的部分負擔之外，政府針對弱勢群體均有健保費補助，例如：中低收入戶、身心障礙者。同時也會通報相關單位，提供必要的社會救助或是就業輔導。

至於收取補充保費的部分，也明定低收入戶完全不必扣繳。另外考慮到打工族工作不穩定的情形，如果再扣繳補充保費，血汗錢將所剩無幾，因此只要是中低收入戶、中低收入老人、兒童、少年、無專職工作的專科學校及大學學士班學生，符合一定條件的身心障礙者與經濟困難者，每次兼職所得未達基本工資者，不需要再扣繳補充保費。

至於不符合健保保費補助條件，而欠繳健保保費的民眾，健保署也提供多項協助措施，例如：分期繳納欠費、紓困基金無息貸款，以及轉介公益團體協助繳納健保欠費等。

此外，考慮到矯正機關受刑人的健康權，二代健保實施之後，亦將其納入健保，將六萬多名受刑人納入全民健保的體系，落實「人人有保，就醫公平」的目標。

(四)建立全民健保財務平衡收支連動機制

二代健保實施之後，將負責監督收入面的「全民健康保險監理委員會」及協調支出面的「全民健康保險醫療費用協定委員會」整併為「全民健康保險會」。全民健康保險會除了肩負保險業務監理，以及總額協定分配事項，也被賦予「審議年度應計之收支平衡費率」、「以收支連動方式管理健保財務」、「審議保險給付範圍增減」等責任。

為了廣納各界不同意見作為健保政策的參考，全民健康保險會則是由被保險人、雇主、保險醫事服務提供者、專家學者、公正人士和相關機關代表所組成，第一屆委員人數為 35 名，自

第四屆起委員人數更擴增至 39 名。相較於過去監理會 29 名及費協會 27 名委員，人數和代表性更加多元。委員會的主要任務為針對健保費率及保險給付範圍進行審議，還有協議訂定及分配年度醫療給付費用總額，希望藉由這樣的收支連動機制，確保健保財務長期穩定。

(五)促進資訊公開透明、擴大民眾參與

為了落實全民監督機制，以提高醫療服務品質，健保署積極推動醫療資訊公開透明。健保署每月皆會於網站公布各醫院費用申報資料，提供民眾上網查閱各醫院全民健保費用申報的醫療服務點數，還有提供與去年同期比較的結果。除此之外，還可以查詢西醫基層、牙醫、中醫各項醫療服務點數分布級距情形。而健保署同時也促進醫療院所公開醫療品質及財務報表等相關醫療資訊。

至於健保政策相關的重要會議實錄、醫事服務機構財務報告及保險病床等資訊，也都公開上網，希望透過公開透明化資訊，讓民眾有效監督健保政策，提供健保署以及健保會健保政策的反饋，形成良好的循環。

六、在健保的收入與支出面上，還有哪些引起爭議的面向？

全民健保制度實行已逾 26 年，隨著實施的時間越長，也發展出更為複雜難解的問題，健保的世代正義、各群體間的負擔公平性問題逐漸浮上檯面。

梁景洋、韓幸紋（2020）指出台灣於 1993 年正式進入高齡化社會，隨著戰後嬰兒潮的世代開始進入退休階段，預估 2060 年老人比例將超過 40%。老人人口的比例上升再加上國人平均餘命的延長，伴隨而來的是老人的疾病率上升，這意味著健保支出勢必會增加，必須採取對應的措施。

為了因應支出成長，最直觀的方法便是調漲費率。然而蔡宏政（2014）認為費率調漲是敏感棘手的政治議題，不但會引發不同職業間保費負擔比例的差別，貧富差距與各項稅收的重新檢討也呼之欲出；在人口老化與產業轉型問題交互影響下，導致健保財務失衡問題更為複雜化。

讓我們從全民健保制度的設計開始思考。健保一直以來採取的是論口計費的方式，也就是由工作者負擔自己以及眷屬的保費。這樣的設計在人口高齡化和少子化的作用下，便會導致工作人口下降，仍需負擔眷屬保費，導致需要照顧的占多數，可以提供照顧的人越來越少，工作人口的負擔日益沉重。梁景洋、韓幸紋（2020）的研究進行了世代比較，發現越晚出生的世代負擔的比重越高。以 40~44 歲這個階段為例，1969~1973 年出生的世代負擔比例大概是 85%，

然而 1999~2003 年出生的世代卻要負擔高達 165%，幾乎是 1969~1973 年世代的兩倍。

再者，全民健保的定位是社會保險，因此主要是採取量能付費原則，也就是說，有能力的人需要負擔越多的保費。由此便可以發現另一個問題：「有能力」的人該如何界定？以薪資作為主要收費依據的健保制度下，「有無工作」是否是界定「有能力」的適當標準？

在健保開辦之初，台灣的中產階級人數眾多，工作人口數量龐大，而健保的設計理念為健康的人幫助生病的人，有錢人補貼窮人，因此有能力者自然也就是尚在工作的年輕人跟有錢人。然而以年齡當作有能力的區分標準，似乎越來越不符合現況。以 109 年為例，相較於退休之後月領 8 萬、保費只需繳納 749 元的人，許多月薪只有三萬的年輕人，因為還要負擔眷屬的健保費，需繳納的保費甚至高達退休人士的 2 倍（陳潔、林慧貞、楊惠君，2020）。這突顯出 65 歲以上的老年人，不論是經濟能力或是身體狀況都不一定屬於弱勢，而青年低薪貧窮的問題，更是讓年輕人的經濟負擔雪上加霜。

健保制度該如何改革，才能更有效率、更加公平，是一個非常急迫且重要的問題。下一章我們將提出數個改革的面向，以及提供外國的做法當作參考，希望透過這些例子可以促進討論與反思台灣的健保體制，以及共同尋求可行的解決方法。

第六章、健保未來，你我共同討論

臺灣健保的制度之設計採社會保險制度，秉持公民互助、彼此分擔風險以保障弱勢的精神。畢竟人人都有成為弱勢的風險，因此，不論貧富皆能平等分配所需的醫療資源，乃社會正義之落實。相較民眾多透過私人健康保險商品來取得醫療保健資源的國家（如：美國），臺灣民眾使用醫療資源相對容易許多。

根據 108 年中央健康保險署公布資料，民眾健保滿意度高達 89.7%，將近九成，創下歷史新高；醫師滿意度 33.7%，仍有待加強，但比起 106 年已有顯著提升。然面臨人口老化、新藥與新醫療技術納入健保給付、重症照護人口增加等難題，健保面對收支不平衡困境。為提升民眾使用醫療保健資源之可近性、提升醫療人員勞動保障，維繫健保收入充足並永續發展，實為要務。

專家學者已圍繞諸多平衡健保收支的方法提出建議，其中「調漲健保費率」、「縮小給付範圍」、「提高補充保費」、「提高部分負擔」、「改為家戶總所得制」，皆是常被討論的解決方案。這些方案並非彼此互斥，而可多管齊下施行，只是各方案仍有其各自的特殊考量、爭點，以下一一簡述，希望藉此提供更多元及不同之觀點。

一、應該調高費率嗎？該如何調漲？

情境一

根據 106 年度全民健康保險財務評估報告，為了達到健保財務收支平衡的目的，如果未來每年皆調漲健保費率，平均調幅僅約 3.77%，衝擊較小；若是每 3 年調整 1 次費率，平均每次調幅為 13.06%，衝擊較大。

依據《全民健康保險法》第 24 條規定，健保費率的調整乃由全民健康保險會負責審議。健保會每年會依據次年度醫療給付費用總額協議結果，將次年度的健保費率審議結果陳報衛福部後，再轉報行政院核定。

健保會是二代健保實施後的組織改造成果。健保會設置的其中一個初衷，便在於將原先各司監督收入、協調支出的分職單位，得以整併而落實「健保費率收支連動」原則。也就是說，健保會有個重要角色，是必須注意健保收入與支出的動態關係，並配合法規，讓健保費率隨著收支的短絀或盈餘，而有制度地調升或調降。

健保會審議費率依據《全民健康保險法》第 78 條規定，健康保險安全準備總額至少要備有可供一至三個月的週轉額度。若安全準備總額不足，則要適時調整費率；安全準備餘額超過一定額度，費率也需調降。健保會曾訂定財務機制，當安全準備餘額不足 1.5 個月，便啟動費率調漲，以當年起（含）第二年底可維持 2 個月保險支出為原則；若當年起（含）第三年底安全準備餘額超出三個月保險給付支出時，也會啟動費率調降。此機制後經健保會討論回歸健保法第 78 條規定。

比起同樣施行社會保險制度的國家如韓國，臺灣費率調漲幅度相較保守，1995 年健保開辦以來，於 2002 年、2010 年漲過兩次費率，中間經歷兩次調降²³，2021 年再次調漲。法規制度對健保費率的調漲空間亦有所限制，除有安全準備餘額超過三個月給付支出便啟動調降的原則外，《全民健康保險法》第 18 條也明訂健保費率以 6% 為上限。除此之外，民眾對於調漲健保費率普遍反應不佳，調漲總受到民意反彈與政治阻力。根據 108 年中央健康保險署公布的民眾健保滿意度調查，「健保保費收費合理」並減輕民眾使用醫療服務的經濟障礙，是民眾肯定健保的一大主因。提升費率，勢必直接衝擊民眾對健保的正向態度。

110 年起健保費率已從 4.69% 調漲至 5.17%，決策歷程經歷不少挑戰與爭議。根據全民健康保險會於 109 年 12 月公布的〈全民健康保險 110 年度一般保險費率審議結果〉，因不論採付費者方案或醫界方案設算，110 年底安全準備累計餘額各為 244 億元及 202 億元，皆僅足 0.41 及 0.33 個月支出，不符最近精算一至三個月保險給付支出為原則，應適時調整費率。但因 109、110 年經濟成長受新冠肺炎疫情影響，企業方不滿勞健保與基本工資調漲；勞工收入受衝擊，更不願健保漲價，調漲費率阻力更甚，因此，健保會最後決議兩案併陳。衛福部將健保會審議結果交行政院核定後，採較折衷方案，自 110 年 1 月 1 日起，將一般保險費費率調漲一成至 5.17%，補充保險費費率依法連動調整至 2.11%。

如何調漲費率幅度，專家學者意見不一。國立政治大學財政學系連賢明教授認為目前費率調整有許多政治考量介入，多年才調整一次，但最好是每年依收支平衡來調費率，讓安全準備基金穩定保有一個月給付空間。而以今年的調漲幅度來看，明年勢必要再調漲一成，才足以讓安全準備金達到最低限度一個月的餘裕。淡江大學會計系韓幸紋教授則擔憂光是調整費率，總有一天人民所得將無法負荷，健保必然無法在法規 6% 的限制下永續營運，且較低所得者、以薪資所得為主者與多眷口家庭所負擔的健保保費更為沉重。

²³ 2013 年第一次調降費率時，同時開徵補充保險費，健保整體收入是增加的。

至於當安全準備基金充足時，民眾是否一定支持調降費率，或許也有商榷可能。台灣醫療改革基金會於 104 年委託臺灣指標民調公司進行「總統大選醫療改革議題全國民調」，發現近七成民眾認為健保有盈餘時不必調降，可優先用於改善醫療權益。

情境二

林先生是一名退休的公務員，每個月領有 6 萬的退休金，每個月僅需要繳納不到 830 元的健保保費。

李小姐是上班族，月薪 3 萬 4000 元，由於需要扶養已經退休的雙親，每個月的健保費支出是 1600 元左右。

由這個例子我們可以看到，青年的收入比退休人士少，然而健保的支出卻是近兩倍。

若回顧社會保險以強濟弱的初衷，則當健保資金短絀時，調漲費率是否為理想方案看似合理，但仍具爭議。一般保費乃以薪資收入為基礎收費，有「收入高者幫助收入低者」預設，卻對現實社會薪資結構失衡的現象缺乏考量，也忽略前面章節提過世代正義以及負擔公平性議題。當健保費率提升時，高齡者的月領退休金可能比青年月薪還高，健保費卻可能因得到各級政府基於老人福利的額外補助從而不受任何影響，受薪階級青年卻直接受到衝擊。隨人口老化趨勢越加顯著，老年人使用健保比例增高，目前負擔沉重健保支出的青年，未來屆老齡時不見得能享用相應健保資源。調升費率對勞工處境也有影響，如雇主為規避繳交高額保費，更傾向聘僱非典型勞動者以減少正職員額勞健保支出，反使勞工就業條件惡化。調漲費率時，仍須考量如何不與落實社會正義的初衷有所扞格。

無論如何，社會持續高齡化，是健保給付支出增長的要因之一。有高齡化國家如日本，便特別針對老年人醫療支出面向執行各項控制政策，如採取擴充老人保健機構、推遲符合老年醫療資格年齡等方式，尤其特別加強社區衛生服務，及政府與民間社區資源的合作，來推廣老年人自我健康照護與預防保健，從前端減輕醫療支出壓力。

二、縮小給付範圍？

健保會近年協商年度醫療給付費用總額時皆有編列新醫療科技預算，以引入新醫療服務、藥品與特材。根據健保會「110 年度健保總額協商結果」，共編列新醫療科技(包含：新藥、新特材或新診療)預算 37.52 億元，創下歷年新高。當健保給付急需納入新醫療技術與服務以供民眾使用時，面對健保收支短絀窘境，勢必得審視如何就健保已給付的內容執行節流、釋出空間，

像是健保是否浪費過多資源於低價值項目，排擠了更有效的服務，如：健保的給付方式制度性地鼓勵低成效簡單復健治療，壓縮複雜治療，連帶使物理治療師無以發揮專業。

健保給付指示用藥更是值得注意的例子，可從中看到現行法規、民眾需求與就醫習慣之間的連動與張力，及給付項目檢討機制的不足。《全民健康保險法》第 51 條明訂健保不給付範圍，其中包含「指示用藥」。所謂「指示用藥」，即相較於需由醫師開立的「處方藥」，是安全性較高、副作用較低，民眾普遍可負擔的藥品，於藥局經藥劑生指導後，便能自行購買使用。故若民眾不去藥局而去醫院，由醫師開立指示藥品卻以健保支付，則似有不合理。

雖法規上明訂健保不應給付指示用藥，但 1995 年全民健康保險初開辦時，基於民眾習慣與當時制度狀況，便先保留了原勞保、公保給付的指示用藥約千餘項，再擬逐漸減少。不過，根據 108 年全民健康保險會年報所公布的數據，健保至 107 年仍給付約 900 項指示藥品，每年平均健保支出指示藥品費約 17 億元，也變相鼓勵民眾前往大醫院就醫，無法建立民眾「小病找社區藥師、大病再去大醫院」的習慣。不論如何，從「指示用藥」例子便可看出，健保給付項目的調整，總涉及法規政策與民眾就醫習慣之間的協商。除此之外，什麼樣的醫療技術與服務值得健保給付，則牽涉如何建立通盤評估現有給付項目的制度與流程，即給付項目檢討機制的建立。

英國國家健康與照顧卓越研究院 (The National Institute for Health and Care Excellence, NICE) 發布的 'Do Not Do' Database，便收納醫師意見，將哪些服務或藥品造成浪費、如何定義浪費的原則納入資料庫，成為評估應停止或調整供給哪些醫療技術與服務的參照資源，並判斷出有大約 20% 的主流臨床實作效益不彰。資料庫並給予減少浪費的建議，例如：若無確認感染的臨床證據，則不提供成人全身性抗生素；確定急性腎臟損傷的病因後，便不進行常規性尿道超音波檢查；避免過度使用藥物介入睡眠治療，除非病人在遵循睡眠計畫的情況下，仍有睡眠困難等。

美國內科醫學委員會 (American Board of Internal Medicine, ABIM) 則於 2012 年發起「明智選擇運動 (或「聰明選擇運動」, Choosing Wisely Campaign)」，廣邀各醫療領域專科學會提出領域內前五大不建議或過度執行的醫療技術或服務，以供政府與民眾參考。「明智選擇運動」在多個國家萌芽，臺灣也曾嘗試提倡此運動，如國家衛生研究院與胸腔暨重症加護醫學會合作研究，以氣喘為例建立不建議執行的前 5 項醫療服務，但可惜沒有引發迴響。「考科藍臺灣研究中心 (Cochrane Taiwan)」亦曾於 2017 年時執行臺灣前五大過度或不建議執行之醫療初探性研究，並提出五項意見：疑似病毒引起的上呼吸道感染，不建議使用抗生素治療；不建議健康

年輕人在手術前進行常規性胸部 X 光檢查；未經危險因子評估的停經後婦女，不建議常規進行骨質密度檢查來評估骨質疏鬆症骨折風險；不以苯二氮平類 (benzodiazepines) 藥物治療有失眠、焦慮或譫妄狀況的老年病人；若直系家庭成員沒有前列腺癌的病史，不需執行常規攝護腺特異抗原 (PSA) 檢查。

光是像低成效的治療項目、藥品，以及指示用藥是否排除在給付範圍，就有很多爭議，政府要建立與專家學者、民眾之間仍須溝通並凝聚共識。而健保給付項目如此之多，也難以針對單一內容逐別討論。承前述國外實例，建置長期穩定評估各領域醫療服務與技術是否有效、能通盤檢視給付項目有無造成浪費的整合性資源，或許有其必要性。

三、提高補充保費？

二代健保實施後，除「一般保費」外，另增加了「補充保費」，採就源扣繳，從被保險人全年累計超過投保金額四倍部分的獎金、執行業務收入、股利所得、利息所得、租金收入、兼職所得中，收取補充保險費。

相較一般保費難以從非薪資所得如租金、股利等來源收取保費，補充保費的設計初衷看似能顧及公平性，讓高收入非受薪者多繳保費、增加健保收入。然而，補充保費主要來源，卻仍是薪資所得。根據健保署〈109年12月份全民健康保險業務執行季報告〉統計，108年度共計475.34億補充保費收入中，投保單位雇主負擔便占了258.05億，再將其與獎金、非所屬投保單位給付之薪資所得、執行業務等保費來源加總起來，總共就占了整年補充保費73%，來自股利、利息與租金的保費收入僅27%。

補充保費收取方式，對特定工作類型勞工也形成不公。像是兼多份差事的斜槓族、打工族，可能因每筆收入都課保費，與收入差不多的全職受雇者相較，加起來繳更多錢；低底薪而主要以獎金為收入者如業務，其獎金通常超過投保薪資四個月，也會出現保費比同收入、固定薪資受雇者更高的現象。

民間團體對補充保費收取政策，提出過諸多質疑，如：扣繳來源僅限國內收入，有資本投入海外基金者，反不被扣繳補充保費；黃金、儲蓄型保單等金融商品亦未計入補充保費課徵項目。以及，租金補充保費僅限租予法人、單次給付兩萬元以上者才收取，房產租予多位自然人、有高租金所得的房東，卻不必被課徵保費。至於小型非營利組織、公益團體等法人，尋找租處本已不易，補充保費又成為房東要求增漲房租的理由，營運更困難。補充保費的實施採「就源扣繳」，無年度結算配套，故造成民眾將所得收入拆單處理規避保費，亦增加許多行政成本。梁

景洋與鄭清霞的研究指出，補充保險費僅能短暫改善財務問題，並非長久改善健保財務之計。

補充保費收取的爭議，多圍繞於如何確實符合量能負擔的公平原則，讓保費來源不限於受薪所得，於是許多專家學者倡議應回歸以稅戶所得及財產為收費基準，而非施行單筆就源扣款的補充保費制度。這部分討論，將於下方「家戶總所得制」一節再加詳述。

四、提高部分負擔？

情境三

假設小明生病時到診所看病，先不考慮掛號費的部分，需要繳交的部分負擔是 50 元，但如果他直接去醫學中心就醫，除了等待的時間可能比較久之外，須要付 420 元、足足多了 370 元，直奔區域醫院也要付 240 元、等於多付 190 元。

提高部分負擔是另一財務改革的重點，健保署有意調高藥品、檢驗檢查等項目部分負擔。現行門診藥品部分負擔計算方式，為總藥費若低於 100 元由健保全額給付；總藥費每增百元，便多收自費額 20 元，訂有上限天花板 200 元。根據媒體報導指出：健保署擬改為總藥費 300 元以下，民眾一律負擔 40 元；總藥費 300 元以上，每增百元便多收 20 元，天花板一樣訂為 200 元。檢驗檢查目前沒有收自費額，而未來健保署則擬依照所屬醫療機構層級，或就檢驗檢查總費用項目來訂定級距，收取數十元至數百元費用。

健保藥品費用中，每年約有 670 億元（近 3.2 成）用於重大傷病，而衛福部與部分專家學者認為重大傷病者不等於經濟弱勢，故提出取消重大傷病免部分負擔的討論，引發了各方爭議，認為此舉忽視重大傷病患者醫療需求。舉例來說，目前住院採定率負擔，依慢性或急性病房、住院天數訂定自費比率，像是住急性病房 30 天內需部分負擔 10%，而 61 天以上則為 30%。對常需長期住院的重大傷病患者來說，則形成不小的負荷。雖政府針對經濟弱勢或醫療資源不足地區弱勢對象有所配套，如經公告醫療資源缺乏地區，民眾門診、急診與居家照護服務皆減免 20% 部分負擔，但當現制部分負擔需做大規模調整時，可能影響政策未能兼顧保障的弱勢民眾，故是否取消重大傷病部分負擔補助，仍須審慎研議。

上述研擬中的政策走向，皆牽涉「使用者付費」概念，即直接向使用醫療資源較多者收取多一些金額，支持者認為採此方案，能抑止醫療浪費如民眾「逛醫院」行為，促進民眾就醫行為的改變，並更落實醫療分級，像是醫療機構依層級與是否轉診，分別收取差額較大的定額，目前門診部分負擔定額為基層診所 50 元，醫學中心經轉診收 170 元、未經轉診收 420 元；或

門診亦改採定率制，掛號越多次就收更多費用。提高部分負擔是否就能達到前述成效，亦不乏質疑，如台灣社會心理復健協會理事長滕西華便認為，許多民眾並非不想至基層就醫，而是因為基層診所無障礙建築設施不齊全，以及癌症或罕病患者得「小病」時，無法從基層診所得到的適合的照護系統或檢驗設備等因素，才不得不到大醫院。

也有人認為，部分負擔如果能抑制醫療需求的話，那它對不同經濟能力的人的抑制效果是不同的。經濟能力好的人，看病多花一點錢覺得不痛不癢；經濟能力不好的人，可能會怕多花錢而不去看病。因此提高部分負擔也會引起就醫機會公平的爭議。

五、停復保爭議

另一項爭議是旅外國人可否享有健保。「全民健康保險法施行細則」規定出國 6 個月以上的國人，可向健保署申請於國外期間不必繳交健保費並停保，但返國之日即可復保。此「停復保制度」受詬病處，在於形成部分旅外國人藉以規避負擔健保費的漏洞，若有需要，只要返國，便能享有與其他長期繳納保費國人同等的醫療資源。健保署考量負擔公平性，目前擬取消停復保制度。

六、推動家戶總所得制？

前述提高費率、收取補充保費等方案，最常牽涉的爭議，便是實務上浮現同收入卻不同保費、產生不符量能負擔，甚至削貧濟富等問題。且目前健保財務結構中最大宗收入來源乃「薪資所得」，即由單一工作者負擔本人與其眷屬的保費，但當少子化與高齡化趨勢越加顯著，在人口結構呈倒金字塔的社會結構中，工作人口越來越少、依附眷屬越來越多，對於家戶經濟負擔的影響甚鉅，工作者終究會無法負擔沉重的保費。「家戶總所得制」是部分專家學界人士與民間團體針對這些現象所提出的解決方案，希望落實越有錢者，則對其增收越多保費。亦即，「家戶總所得」愈高者，保費越高。

「家戶總所得」定義，乃依《所得稅法》第 15 條規定，指個人（納稅義務人）、其配偶與受扶養親屬，除有與配偶分居情形，得各自依法規定辦理結算申報及計算稅額外，則應由個人合併申報之綜合所得總額。

支持家戶總所得制方案者，如韓幸紋與梁景洋研究認為此制度有諸多優點：保險對象分類單純，僅第一類「綜合所得稅納稅義務人本人、配偶及受其扶養之親屬」與第一類以外之被保險人；保險對象計費方式不須隨投保單位轉換身分，減少行政負擔；不會有補充保費因採單筆

就源扣款又無結算設計，而形成的高收入拆單規避保費等情形，更具「量能付費」成效；現制健保費直接設算保險對象與被依附者有相同薪資、將失業族群以全民平均保險費計，家戶總所得制能避免此制度的不公平；養育兒童、無經濟能力老人等依附眷屬較多的家戶，無須受限現行「論口計費」制，不必多繳依附人口費用。

家戶總所得制方案改革面臨的疑慮與負擔公平性有關，像是無扶養家人的單身人口，保費負擔可能增加或較高，而使受制薪資結構不平等而不婚生的青年等族群不滿。針對此爭點，支持家戶總所得制者的回應是此制非懲罰單身，若未婚單身者有扶養長輩，同樣受惠家戶總所得制。然而，因家戶總所得制的設計奠基於現行稅制，所以目前稅制未能精確掌握所得的缺漏、課稅單位的合法與合理性爭議（像是應延續現行所得稅法所定義之家戶，還是採取完全個人所得課稅或夫妻所得合算分割課稅制度等），也成為家戶總所得制面臨的質疑。國立政治大學財政學系連賢明認為當所得稅制度不完善時，採成家戶總所得制反而收到的保費更少。對支持者來說，則認為不該因此全面放棄家戶總所得制，而應檢討租稅制度與政策的改革。

七、小結

在瞭解平衡健保收支的各種解決方案，以及說明其他國家針對健保議題所採取的措施之後，我們可以發現基於各個國家福利體系和社會脈絡，不同國家的健保財務政策的施行與操作未必皆相同，因此最適用的健保政策和施行措施仍需要多方考量。除了專家學者的建議，民眾的意見也是重要的一環，希望藉由這次的健保財務平衡公民審議會，可以進一步的討論與反思台灣健保財務平衡議題，並且促進全民健保永續經營。

參考文獻

1. 「健保全民滿意度創歷史最高紀錄 89.7% 醫師對健保滿意度逐年改善」，衛生福利部中央健康保險署於 108 年 11 月 2 日發佈。2021/8/11 取自 <https://www.mohw.gov.tw/cp-4251-50316-1.html>
2. 《全民健康保險法》第 24 條：第十八條被保險人及其每一眷屬之保險費率應由保險人於健保會協議訂定醫療給付費用總額後一個月提請審議。但以上限費率計收保險費，無法與當年度協議訂定之醫療給付費用總額達成平衡時，應重新協議訂定醫療給付費用總額。前項審議前，健保會應邀集精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士提供意見。第一項之審議，應於年度開始一個月前依協議訂定之醫療給付費用總額，完成該年度應計之收支平衡費率之審議，報主管機關轉報行政院核定後由主管機關公告之。不能於期限內完成審議時，由主管機關逕行報行政院核定後公告。
<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawSingle.aspx?pcode=L0060001&flno=24>
3. 全民健康保險會 109 年 12 月發佈〈全民健康保險 110 年度一般保險費率審議結果〉，乃「健保署爰依據健保會 104 年研訂的全民健保財務平衡及收支連動機制(下稱連動機制，詳註)及 110 年度總額協商付費者及醫界兩案並陳的結果，提出 110 年度費率調整方案(草案)...」，見 <https://dep.mohw.gov.tw/nhic/cp-4039-57128-116.html> (2021/8/11 取用)
4. 《全民健康保險法》第 78 條：本保險安全準備總額，以相當於最近精算一個月至三個月之保險給付支出為原則。
<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawSingle.aspx?pcode=L0060001&flno=78>
5. 見全民健康保險會 109 年 12 月發佈〈全民健康保險 110 年度一般保險費率審議結果〉頁 2，<https://www.mohw.gov.tw/dl-65363-b77ed425-4c0b-4b2a-88a1-d17beaf0e92a.html> (2021/8/11 取用)
6. 全民健康保險制度的發展與問題；「投資健康，110 年健保費率調整為 5.17%」，衛生福利部社會保險司於 109 年 12 月 31 日發佈：「衛福部表示，最近一次調升費率是在 99 年 4 月 1 日，由 4.55%調整為 5.17%，此後則是 2 度調降。首先是配合 102 年二代健保施行，在擴大費基新增補充保險費及強化政府負擔等財源下，調降為 4.91%...」見：
<https://www.mohw.gov.tw/cp-4624-57420-1.html> (2021/8/11 取用)
7. 《全民健康保險法》第 18 條：第一類至第三類被保險人及其眷屬之保險費，依被保險人之投保金額及保險費率計算之；保險費率，以百分之六為上限。前項眷屬之保險費，由被保險人繳納；超過三口者，以三口計。
<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawSingle.aspx?pcode=L0060001&flno=18>
8. 「健保全民滿意度創歷史最高紀錄 89.7% 醫師對健保滿意度逐年改善」，衛生福利部中央健康保險署於 2019 年 11 月 2 日發佈，頁面提及「李伯璋署長表示，國人對健保持正向肯定態度的三項主要因為『就醫可近性、減輕醫療負擔、健保保費收費合理』，顯示健保制度確實降低民眾就醫經濟障礙」。2021/8/11 取自 <https://www.mohw.gov.tw/cp-4251-50316-1.html>
9. 見全民健康保險會 2020 年 12 月發佈〈全民健康保險 110 年度一般保險費率審議結果〉，<https://www.mohw.gov.tw/dl-65363-b77ed425-4c0b-4b2a-88a1-d17beaf0e92a.html> (2021/8/11 取用)
10. 〈真的假的？「安全準備金」是健保費率調漲的關鍵？〉，報導者，2020 年 11 月 26 日，<https://www.twreporter.org/a/mini-reporter-national-health-insurance-reserve-fund> (2021/8/11 取用)，以及〈明年費率漲至 5.17%救健保 學者：拖越久要漲越多〉，聯合報，2020 年 10

- 月 18 日 16:00 <https://health.udn.com/health/story/5999/4944930> (2021/8/11 取用)
11. 〈韓幸紋／平衡健保財務、更要平衡世代分配——我們負擔得起高費率健保嗎？〉，報導者，2020 年 10 月 27 日，<https://www.twreporter.org/a/opinion-health-insurance-reform-generation-balance> (2021/8/11 取用)
 12. 〈總統大選醫療改革議題民調出爐 6 成 7 民眾：要品質不要小確幸 健保盈餘「補破洞優於降保費」 8 成 5 民眾：新政府應優先立法規定「醫院盈餘挹注醫療品質」〉，台灣醫療改革基金會，2015 年 12 月 30 日記者會新聞稿，<https://www.thrf.org.tw/yeartaiwan/category/124> (2021/8/11 取用)
 13. 〈青貧族繳保費、銀髮族去看病——青年可能扛不起的健保未來，如何解？〉，報導者，2020 年 9 月 28 日，<https://www.twreporter.org/a/health-insurance-system-generation-problems> (2021/8/11 取用)
 14. 孫曉明 (2020)。世界醫療制度 (第十章，頁 254；第十二章，頁 417「重視老年保健，是日本社區衛生服務的顯著特徵」。台北市：時報文化。
 15. 全民健康保險會 2020 年 10 月發佈〈110 年度健保總額協商結果〉，見頁 1「今年首先上場協商的是醫院總額...都有共識，尤其是用於引進新醫療科技如新藥、新特材或新診療項目的預算 高達 35.62 億元為歷年新高」，<https://www.mohw.gov.tw/dl-63944-642da22a-85df-4260-bde1-eb429f275d29.html> (2021/8/11 取用)
 16. 參考〈新藥、新科技進不了給付名單，指示藥卻違法給付 25 年——健保費調漲後，我們能買到更有價值的醫療嗎？〉，報導者，2020 年 12 月 3 日，<https://www.twreporter.org/a/health-insurance-low-value-care> (2021/8/11 取用)
 17. 《全民健康保險法》第 51 條：下列項目不列入本保險給付範圍：一、依其他法令應由各級政府負擔費用之醫療服務項目。二、預防接種及其他由各級政府負擔費用之醫療服務項目。三、藥癮治療、美容外科手術、非外傷治療性齒列矯正、預防性手術、人工協助生殖技術、變性手術。四、成藥、醫師藥師藥劑生指示藥品。五、指定醫師、特別護士及護理師。六、血液。但因緊急傷病經醫師診斷認為必要之輸血，不在此限。七、人體試驗。八、日間住院。但精神病照護，不在此限。九、管灌飲食以外之膳食、病房費差額。十、病人交通、掛號、證明文件。十一、義齒、義眼、眼鏡、助聽器、輪椅、拐杖及其他非具積極治療性之裝具。十二、其他由保險人擬訂，經健保會審議，報主管機關核定公告之診療服務及藥物。<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawSingle.aspx?pcode=L0060001&flno=51>
 18. 108 年全民健康保險會年報，2020 年 5 月出版，頁 117，<https://service.mohw.gov.tw/ebook/nhic/%E5%B9%B4%E5%A0%B1/108/index.html> (2021/8/11 取用)
 19. Cut NHS waste through NICE's 'do not do' database, retrieved 2021/8/11 from <https://www.nice.org.uk/news/article/cut-nhs-waste-through-nice-s--do-not-do--database>
 20. Choosing Wisely®, retrieved 2021/8/11 from <https://abimfoundation.org/what-we-do/choosing-wisely>
 21. 未取得原始研究資料。報導：〈新藥、新科技進不了給付名單，指示藥卻違法給付 25 年——健保費調漲後，我們能買到更有價值的醫療嗎？〉，報導者，2020 年 12 月 3 日。2021/8/11 取自 <https://www.twreporter.org/a/health-insurance-low-value-care>
 22. 考科藍臺灣研究中心(Cochrane Taiwan)之 2017 年明智選擇運動推廣 (Choosing Wisely campaign), 2021/8/11 取自：[https://taiwan.cochrane.org/news/考科藍臺灣研究中心-cochrane-taiwan-之-2017-年-明智-選擇-運動-推廣-\(choosing-wisely-campaign\)](https://taiwan.cochrane.org/news/考科藍臺灣研究中心-cochrane-taiwan-之-2017-年-明智-選擇-運動-推廣-(choosing-wisely-campaign))
 23. 衛生福利部中央健康保險補充保險費計算說明，2021 年 1 月 1 日更新，

- https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=91FF4945CF7E015B&topn=5FE8C9FEAE863B46
(2021/8/11 取用)
24. 衛生福利部中央健康保險署業務執行報告，目前最新年報為 109 年度 12 月份編印。其中補充保費收入數據統計到 109 年 10 月，尚未有 109 年整年度總額。
https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=D94A16AFA8E9DD90&topn=23C660CAACAA159D (2021/8/11 取用)
25. 衛生福利部全民健康保險會第 5 屆 110 年第 1 次委員會議〈109 年 12 月份全民健康保險業務執行季報告〉(2021/8/11 取用)，衛生福利部中央健康保險署，2021 年 1 月編印。頁 14 「表 6-3 全民健康保險補充保險費收繳統計表」。
26. 參考：趙孟捷，〈「補充保費越補越大洞」圓桌論壇〉，《醫改電子報》第 127 期，2014 年 9 月出刊，財團法人台灣醫療改革基金會出版。全文可見：
<https://www.thrf.org.tw/archive/1368> (2014 年 9 月 27 日上午 9 點發佈；取用日期 2021/8/11)
27. 梁景洋、鄭清霞：補充保險費對解決健保財源不足問題的效果。台灣衛誌 2015；(34:1)：5-20。
28. 「部分負擔及免部分負擔說明」，衛生福利部中央健康保險署，
https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=BCB1A5D2CBACD6E0&topn=5FE8C9FEAE863B46 (2021/8/11 取用)
29. 目前未找到官方原始文字資料，參考報導如：〈健保重大變革// 部分負擔 將調整收費〉，自由時報，2021 年 2 月 23 日，<https://news.ltn.com.tw/news/life/paper/1432743> (2021/8/11 取用)
30. 中央健康保險署 2020-2021 全民健康保險年報，頁 74，https://www.nhi.gov.tw/Nhi_E-LibraryPubWeb/Periodical/P_Detail.aspx?CPT_TypeID=8&CP_ID=231 (2021/8/11 取用)
31. 中央健康保險署 2020-2021 全民健康保險年報，頁 75-76，https://www.nhi.gov.tw/Nhi_E-LibraryPubWeb/Periodical/P_Detail.aspx?CPT_TypeID=8&CP_ID=231 (2021/8/11 取用)
32. 同註 33 (健保署部分負擔及免部分負擔說明)。另參考衛生福利部中央健康保險署 2020-2021 全民健康保險年報，頁 32-33，https://www.nhi.gov.tw/Nhi_E-LibraryPubWeb/Periodical/P_Detail.aspx?CPT_TypeID=8&CP_ID=231 (2021/8/11 取用)
33. 〔【反方說法】提高部分負擔是無效作法 (滕西華)〕，蘋果日報，2018 年 5 月 24 日，
<https://tw.appledaily.com/headline/20180524/UCZSP3B546GZBLA4HB4DPMC6B4M/>
(2021/8/11 取用)
34. 《全民健康保險法施行細則》第 37 條「保險對象具有下列情形之一，得辦理停保，由投保單位填具停保申報表一份送交保險人，並於失蹤或出國期間，暫時停止繳納保險費，保險人亦相對暫時停止保險給付：一、失蹤未滿六個月者。二、預定出國六個月以上者。但曾辦理出國停保，於返國復保後應屆滿三個月，始得再次辦理停保。」；第 39 條「二、預定出國六個月以上者，應自返國之日復保。」
<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?PCode=L0060002>
35. 〈旅外國人健保 健保署朝向全面取消停復保制〉，中央廣播電台，2020 年 12 月 31 日，
<https://www.rti.org.tw/news/view/id/2088053> (2021/8/11 取用)
36. Euro Health Consumer Index, 2018. <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf> (2021/8/13 取用)
37. 《所得稅法》第 15 條：納稅義務人、配偶及合於第十七條規定得申報減除扶養親屬免稅額之受扶養親屬，有第十四條第一項各類所得者，除納稅義務人與配偶分居，得各自依本

法規定辦理結算申報及計算稅額外，應由納稅義務人合併申報及計算稅額。納稅義務人主體一經選定，得於該申報年度結算申報期間屆滿之次日起算六個月內申請變更。

<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawSingle.aspx?pcode=G0340003&flno=15>

38. 韓幸紋、梁景洋：以家戶總所得為健保費基方案相關爭議之反思。台灣衛誌 2013；(32:6)：526-536。
39. 〈健保費繳少用多 改「家戶總所得」有解？〉，今周刊，2018年10月11日，
<http://www.businesstoday.com.tw/article/category/154768/post/201810110008/健保費繳少用多%20%20改「家戶總所得」有解？>（2021/8/13 取用）
40. 〈破解實施「家戶總所得」的五大疑慮〉，台灣醫療改革基金會研究員沈珮涵，2014年10月9日，http://issue.thrf.org.tw/Page_Show.asp?Page_ID=1960（2021/8/10 取用）
41. 〈陳時中提健保改革...，專家：只漲保費，未來4成薪水被健保吃掉〉，商業周刊，2020年5月27日，<https://www.businessweekly.com.tw/focus/blog/3002593>（2021/8/11 取用）

附錄七、期末應完成工作項目自評表

<p>期末預定完成工作項目 (請依原填報內容逐項說明)</p>	<p>自評 (簡述實際執行情形)</p>
<p>蒐集與彙整健保財務平衡方案資料</p>	<p>已彙整近年健保制度開源節流等各種平衡財務方案</p>
<p>探討適用之公民參與模式</p>	<p>已針對目前最常見的幾種公民參與模式進行分析及探討，並且選出本計畫適用之公民參與模式</p>
<p>計畫宣傳</p>	<p>已完成主視覺設計以及粉絲專頁創立，以及宣傳公民審議會議</p>
<p>籌備公民審議會議</p>	<p>已完成籌備公民審議會議</p>
<p>議題資料的蒐集與撰寫</p>	<p>已完成閱讀手冊之蒐集與撰寫</p>
<p>招募參與者</p>	<p>已招募參與者，並且抽選出公民代表</p>
<p>租借會議場地</p>	<p>會議場地已經租借完畢</p>
<p>辦理公民審議會議</p>	<p>已辦理公民審議會議</p>
<p>定期召開工作會議</p>	<p>已召開兩次工作會議</p>
<p>完成期中報告</p>	<p>已按照格式要求撰寫期中報告，並登錄GRB</p>
<p>完成期末報告</p>	<p>已按照格式要求撰寫期末報告，並登錄GRB</p>

附錄八、期中報告書面審查意見回覆對照表

審查意見	研究團隊回覆說明
<p>一、依契約期中報告(本期)應完成之工作項目</p>	
<p>有關工作項目 5.「議題資料的蒐集與撰寫達 6 成以上」，經檢視期中報告內容，目前僅完成可閱讀資料架構(P51)，符合程度未達 6 成，請補強。</p>	<p>謝謝委員提醒。已補上議題資料之完整內容（詳見附錄六 p.180-p.233）。</p>
<p>二、綜合審查意見</p>	
<p>(一)本計畫之成效取決於資訊之提供，如何提供不同領域不同思維方式下，有關健康保險財務資訊以及合理的平衡方案，並且讓參與者了解權衡下的選擇(trade-off)? 另外，也牽涉到不同對象有不同的利益思考，目前文獻探討所蒐集的資訊，仍有更深入分析的必要性，也應邀請更多持不同思考學者的參與。</p>	<p>謝謝委員意見。已於期末報呈現更深入、多元之分析(詳見第二章 p.16-p.25、附錄六 p.180-p.233)。</p>
<p>(二)如果公民審議會即四種模式中的公民會議，則文中前後名詞應一致，避免混淆，若有不同，則應加以說明。</p>	<p>謝謝委員意見。公民審議會和公民會議的定義不同。公民會議的全稱為公民共識會議，是由 consensus conference 翻譯而來，但是根據過去在台灣的舉辦經驗，民眾認為「共識」兩個字聽起來過於沉重，遂改稱為「公民會議」。公民會議的特點在於討論時間長，時間落在 5 至 8 天，民眾自行設定議程的程度非常高，而結論方面也僅會呈現出單一共識；「公民審議會」則是基於公民會議的形式加以改良，讓主辦單位更易於操作議程。舉行時間縮短至 2 天至 4 天，討論議題皆由主辦單位進行設定，且不追求單一共識，若是</p>

審查意見	研究團隊回覆說明
	遇到意見不一的情形，會採取兩種意見並陳的方式呈現。
(三) 第二章蒐集與彙整健保財務平衡方案資料：	
1. 補充保費為二代健保重要財務改革措施，對於提升保費負擔公平性及健保財務挹注均有相當助益，建議增加篇幅或獨立專節說明。(P8)	謝謝委員意見。已獨立專節說明(p.24-p.25)，未來將呈現更加詳細的內容於閱讀手冊和期末報告。
2. 在可閱讀資料架構(P51)中，提及推動家戶總所得制，此為健保收入面的重要改革，同時亦與健保費率息息相關，但在第二章卻隻字未提，請補述。	謝謝委員意見。第二章之內容僅彙整呈現健保署已經實施之開源節流政策。 家戶總所得制儘管有很多討論，但台灣的健保制度尚未採行，故期中報告未針對家戶總所得制進行介紹。家戶總所得制作為健保之重要改革方向，已呈現於閱讀手冊和期末報告。(詳見附錄六 p.180-p.233)
3. 附圖請編號(P12、P.13)。	謝謝委員提醒。附圖皆已編號(p.21-p.22)。
(四) 第三章探討適用之公民參與模式：	
1. 期中報告已就公民參與模式進行探討，請依本計畫之需求說明，評析其優缺點，並就保險費率審議、總額協議訂定及分配等事項，及健保署所提併案審議之財務平衡方案等議題，具體建議所適用之公民參與模式，於第三章補充，並融入表 3-2 四種公民參與模式之差異。(P36)	謝謝委員意見。研究團隊已針對健保議題設立專節說明適用之公民參與模式，並且整理表格比較各種公民參與模式所適用之健保議題(p.48-p.49)。
2. 「六、本計畫適用之審議式公民參與模式」：	
(1) 請針對「健保費率是否調整」之主題性質進行綜合分析，並釐出主要特性；請對照	謝謝委員意見。研究團隊已針對健保議題設立專節說明

審查意見	研究團隊回覆說明
五種公民參與模式的適合議題屬性，進行比對，並提出對照分析表格。	適用之公民參與模式，並且整理表格比較各種公民參與模式所適用之健保議題(p.48-p.49)。
(2) 請分析台灣社會屬性對照五種公民參與模式的特性，歸納適合台灣環境的公民參與模式。除文字敘述外，另請以表格進行比較。	謝謝委員意見。相關分析已經統整在第三章第五節(p.42-p.52)以及表格3-3(p.47)，請對照。此外，由於混和模式是經由既有的四種公民參與模式當中，任選其二混合而成，因此混合模式變動和彈性比較大，且不是純粹的模式，為避免混淆，故表格僅有列舉四種公民參與模式。
(3) 請說明以工作會議決定「健保費率是否調整」主題之考慮點(P41)，並檢附工作會議紀錄。	謝謝委員提醒。已檢附工作會議紀錄於(p.76- p.77)。
(五) 第四章計畫相關籌辦：	
1. 招募海報文宣(P47)：	
(1) 請補入報名網址及粉絲專頁 QRcord，以臻完備。	謝謝委員提醒。已新增完整之招募海報文宣於 (p.78)。
(2) 第一段「對於 <u>健保體制</u> 有什麼建議嗎？」，及第三段「 <u>健保政策</u> 意見報告書」，請評估將之限縮在「 <u>健保費率</u> 」的範疇，是否較佳。	謝謝委員意見。本次公民審議會議以健保財務政策為主，既可包含健保費率此議題，也可以讓民眾討論其他健保財務議題。
2. 可閱讀資料架構(P51)完成度尚未達到6成，請加以補強。另請納入以下議題，以利蒐集公民意見：	謝謝委員提醒。已補上可閱讀資料之完整內容 (詳見附錄六 p.180-p.233)。
(1) 110 年度費率調整為 5.17%之意見，及未來健保財務平衡有多項可能方案，包括調	謝謝委員意見。可閱讀資料已納入以上議題(詳見附錄六

審查意見	研究團隊回覆說明
<p>整部分負擔(如調高藥品、門診、檢驗檢查部分負擔，或取消重大傷病免部分負擔等)、取消停復保制度等改革項目，對各方案之意見及接受程度。</p>	<p>p.180-p.233)。</p>
<p>(2)健保財務平衡方案對家戶經濟負擔的影響、民眾就醫行為的改變、負擔公平性、民眾可負擔能力等之意見。</p>	<p>謝謝委員意見。現行和已規劃之健保財務平衡方案已在閱讀資料提供(詳見附錄六 p.208、p.211、p.215、p.217、p.218、p.220、p.224、p.227、p.228、p.229)以利民眾討論。此外，本團隊也已經彙整公民代表之意見於意見報告書和期末報告(詳見附錄七 p.234-p.242)。</p>
<p>(3)公民參與有其價值，但僅 20 位公民，人數比健保會委員還少(目前健保會都很難達成共識)，可能要有更好的論述，以說明 20 位自由報名的公民，為何可以達成更佳的結論及共識。</p>	<p>謝謝委員意見。公民會議為了在會議期間能夠促成公民小組的知情、對話與達成共同決定，所以在人數上有所限制。這是為了讓公民小組能夠對於議題達成充分的溝通、充分發言，以確保討論品質。最早於丹麥興起時，公民共識會議的人數為 12 人到 18 人；在 2001 年將此一模式引進台灣進行實作時，我們團隊則將人數增加至 20 人。不過，此模式的確是強調公共溝通的「品質」(而非參與者的「數量」)。更重要的是，執行團隊將廣泛招募，並由所有報名者中，根據人口特質進行分層隨機抽樣，以確</p>

審查意見	研究團隊回覆說明
	<p>保這 20 位公民小組的組成能夠反映出人口的異質性，所以儘管只有 20 位參與民眾；卻是由不同性別、不同年齡層、不同教育程度、不同區域等人口特質者所組成，能夠為討論帶入多元觀點。而為了讓 20 位公民小組的討論能夠充分並做出共同決定，我們也將安排兩位經驗豐富的審議主持人來帶領 20 位公民小組的討論。</p>
<p>(4)2 日全程會議僅提供參與者 2,000 元出席費，恐難以延攬參與者，可考慮增加。</p>	<p>謝謝委員意見。過去本團隊在台灣推動公民審議的各項計畫時，持續遭遇論者針對是否應給予公民小組出席費所提出的質疑。這類質疑多半是認為給予公民小組出席費「有違追求公共參與的崇高價值」或「如此一來，是否有些參與者便只是為了賺取出席費而報名參與」(暗示動機不純粹)。這類質疑者多半提倡完全不給予出席費，而僅以參與公共決策過程、參與公共事務等價值作為招募的核心誘因。然而，本團隊則認為，一方面，國外在辦理這類會議時，均會給予全程出席的公民小組出席費，以答謝某些參與者可能是調度自己原本的工作始得以參加兩</p>

審查意見	研究團隊回覆說明
	<p>日會議，以及會議過程中費心勞力參與的辛勞。換言之，我們沒有道理期待公民的公共參與必須以完全無償作為前提。另一方面，本團隊更相信，提供出席費作為另一種參與誘因，有可能可以鼓勵過去不熟悉公共參與、對於公共事務退卻或冷漠者，因為出席費而願意嘗試報名與投入，這未嘗不是另一種蒐集過去較為邊緣與消極公民聲音的作法。</p> <p>本團隊規劃全程參與兩日公民會議的參與者能夠獲得兩千五百元的出席費。可以說是兼顧質疑論者對於過度給予經濟誘因所可能造成負面後果，以及我們認為應該給予經濟補償與誘因的權衡。因應疫情發展，若本計畫後續更改為線上討論的模式執行，則部分因為線上辦理所省下的經費則可考慮勻支至增加公民小組的出席費。</p>
<p>3. 因應新冠肺炎疫情，如無法召開實體會議，請妥為研議替代方式，例如以召開視訊會議方式辦理，俾利計畫如期完成。</p>	<p>謝謝委員意見。由於疫情趨緩，已於10月2日、3日舉辦實體之公民審議會會議。</p>
<p>三、期末報告研究方向建議</p>	
<p>(一) 期末報告的重點即為公民審議會會議的二階段實際執行及達成的共識建議。參與者的招募、講者的演講內容、事前閱讀資料的準備、</p>	<p>謝謝委員意見。本次公民審議會會議並未採取二階段模式，二階段模式為未來建議</p>

審查意見	研究團隊回覆說明
<p>會議主持人現場的掌握，都關乎成敗，需謹慎規劃。</p>	<p>可採取模式。此外，本團隊每個月皆會諮詢專家意見，以確保計畫進度按時推進。</p>
<p>(二) 近來立法委員關切衛福部依健保法辦理公民參與業務情形，健保會受限於人力及預算規模，如需辦理公民參與活動以蒐集意見，請研究團隊提出可行之相關建議。</p>	<p>謝謝委員意見。已呈現於期末報告(詳見第五章及第六章 p.69-p.93)。</p>
<p>(三) 請補充就健保財務平衡方案，運用網路工具建構民眾參與模式之可行性分析及建議。</p>	<p>謝謝委員意見。已呈現於期末報告(詳見第四章 p.55-p.68)。</p>
<p>(四) 期末報告中，在適合台灣社會屬性下，建議能提供下列三種文件，以供健保會日後執行之參考依據：</p>	
<p>1. 面對議題時，可進行議題屬性分析之分析表。</p>	<p>謝謝委員意見。詳情請見表 3-1(p.33)，相關說明請見 p.30- p.34。</p>
<p>2. 在確定各議題屬性後，如何選擇適合的公民參與模式之分析表。</p>	<p>謝謝委員意見。詳情請見表 3-2(p.45)和表 3-3(p.47)，相關說明請見 p.42- p.47。</p>
<p>3. 各類(五類)公民參與模式之預擬執行計畫書與預算表。</p>	<p>謝謝委員意見。已呈現於期末報告(詳見附錄一至附錄四 p.99-p.169)。</p> <p>此外，由於混和模式是經由既有的四種公民參與模式當中，任選其二混合而成，因此混合模式變動和彈性比較大，且不是純粹的模式，為避免混淆，故僅有列舉四種公民參與模式的公民參與模式預擬執行計畫書與預算表。</p>
<p>(五) 有關會議資料之準備，應能涵蓋更多元及不同之觀點，另外也應具備診斷台灣問題之能</p>	<p>謝謝委員意見。已呈現於可閱讀資料和期末報告(詳見</p>

審查意見	研究團隊回覆說明
力。	p.222-p.229)。
(六) 公民參與模式的價值及應用，應有更強而有 力的論述。	謝謝委員意見。已呈現於期 末報告(詳見第三章、第四章 p.26-p.68)。
(七) 請研究團隊與專家探討健保財務平衡方案 適用之公民參與模式，及辦理實驗性審議會 議之相關規劃與流程，將專家之發言摘要， 列入期末報告之附錄。	謝謝委員意見。已呈現於期 末報告(詳見附錄五 p.170- p.179)。
(八) 本文所引用的文獻，應與「參考文獻」(P53- 55)互為對應(例如：於本文引用處標示參考 文獻編號)。	謝謝委員意見。已於期末報 告使用標準引用格式。

附錄九、期末研究中所遭遇之問題與困難，並請自評是否符合進度

進度超前

符合進度

落後 ()月

◎所遭遇之問題與困難及解決辦法

健保自 1995 年實施到現在已經邁入 26 年，為了讓全民健保制度永續經營，各種健保政策經歷了許多改動，相關資料也十分豐富。因此需要花較多時間梳理，除此之外，查閱多方資訊確認內容的正確性也是很重要的一環。而審議民主的文獻和研究也非常豐富，除了最基本的定義和特質，各項公民參與模式的特性和所適用的議題也需要透過一定的篇幅整理，隨著科技進步，加上疫情的影響，如何透過科技工具的運用實行公民參與模式成為重要的議題，因此期末報告也納入此議題目前既有的研究和資料。另一個遇到的問題是，因為現實上的成本考量，但同時又想兼顧審議民主在討論方面所帶來的品質，所以在選擇適合的公民參與模式，經過了多次的討論和研擬。

附錄十、期末經費使用狀況

110 年度經費支用一覽表(請逐年填報)

執行單位：國立臺灣大學社會學系

計畫編號：M1016003

計畫名稱：運用公民參與模式模擬及評估健保財務平衡方案之可行性研究

執行期限：中華民國 110 年 1 月 1 日 起至 110 年 12 月 31 日 止

項目	1.人事費					2.業務費							3.管理費		備註	
核定金額(元)	694,368					551,125							104,507			
細項名稱	計畫主持費	專任助理薪資	專任助理勞健保費用	專任助理勞退提撥	專任助理年終獎金	專家諮詢出席費	招募宣傳費	公民會議辦理費用	臨時工資	文具紙張費	電腦耗材費	雜支	影印費	各類薪資補充保費	行政管理費	
支用金額(元)	8,000	15,935	3,122	917		10,000								381		1 月支出
	8,000	38,000	4,996	2,292		15,000				890		1080		485		2 月支出
	8,000	38,000	4,996	2,292		10,000								381		3 月支出
	8,000	38,000	4,996	2,292		15,000	12,500				419			749		4 月支出
	8,000	38,000	4,996	2,292		10,000								381		5 月支出
	8,000	38,000	4,996	2,292		5,000								275		6 月支出
	8,000	38,000	4,996	2,292		5,000						408		275		7 月支出
	8,000	38,000	4,996	2,292		20,000								591		8 月支出
	8,000	38,000	4,996	2,292		20,000	13,038							591		9 月支出
	8,000	38,000	4,996	2,292		20,000	12,500	193,149	32,480			3,560		3,711		10 月支出
	8,000	38,000	4,996	2,292		20,000			34,400	143		1,500		1,317		11 月支出
	8,000	38,000	4,996	2,292	57,000				49,600				2,960	2,419	135,000	
總計	96,000	433,935	58,078	26,129	57,000	150,000	38,038	193,149	116,480	1,033	419	6,548	2,960	11,556	135,000	