

**107 年度「利用科技工具，建構全方位之民眾參與模式平台
——以全民健保財務收支連動機制為例」**

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 107 年 12 月

107 年度「利用科技工具，建構全方位之民眾參與模式平台——
以全民健保財務收支連動機制為例」期末報告

計畫名稱：利用科技工具，建構全方位之民眾參與模
式與平台-以全民健保財務收支連動機制
為例

計畫編號：MOHW107-NHIC-S-114-000001

研究起迄：107 年 1 月 1 日起

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：謝翰寧

聯絡電話：02-33661238

傳 真：02-23683531

目 錄

第一章、導言	1
第一節 研究背景與目的	1
第二節 背景分析	4
第三節 實施步驟	7
第四節 計畫成果	7
第二章、審議民主公民參與模式	9
第一節 審議民主的理念	9
第二節 審議民主公民參與模式	11
第三節 審議式公民參與模式的選擇	12
第四節 審議式公民參與模式簡介	15
第五節 四種審議式公民參與模式的比較	21
第三章、收支連動重大議題與審議模式	28
第一節 適合公民參與的重大議題	28
第二節 議題與適用的公民參與模式	34
第三節 政策建議	36
第四章、科技工具與公民審議	38
第五章、科技工具與公民審議的實作經驗與評估	49
參考文獻	70
附錄一、願景工作坊操作手冊	73
第一節 簡介與使用時機	74
第二節 操作程序	75
第三節 預算	87
第四節 執行進度與工作項目	89

第五節 科技工具的應用	94
附錄二、審議式民調之操作手冊	96
第一節 簡介與使用時機	97
第二節 操作程序	98
第三節 預算	102
第四節 執行進度與工作項目	106
第五節 科技工具的應用	110
附錄三、公民陪審團之操作手冊	112
第一節 簡介與使用時機	113
第二節 操作程序	113
第三節 預算	122
第四節 執行進度與工作項目	125
第五節 科技工具的應用	129
附錄四、公民會議操作手冊	131
第一節 簡介與使用時機	132
第二節 操作程序	132
第三節 預算	141
第四節 執行進度與工作項目	144
第五節 科技工具的應用	148
附錄五、可閱讀資料	150
導言	153
第一節 介紹公民審議會	154
第二節 政府要推動分級醫療的正反面意見	159
第三節 在診所和醫院之間：	167
第四節 病人直接上醫院更貴了：	185
附錄六、座談會名單	196

附錄七、公民審議會議議程	198
附錄八、訪談大綱	201
附錄九、公民小組意見報告書	205
附錄十、全民健保公民會議前後測問卷	214
全民健保公民會議前測問卷	215
全民健保公民會議後測問卷	221

圖 片 目 錄

圖 5-1 臉書粉絲團頁面	52
圖 5-2 閱讀資料電子書封面	53
圖 5-3 閱讀資料電子書目錄	53
圖 5-4 閱讀資料電子書內頁	54
圖 5-5 臉書粉絲團宣傳	56
圖 5-6 預備會議授課	58
圖 5-7 預備會議授課	59
圖 5-8 預備會議綜合討論	59
圖 5-9 正式會議專家對談	60
圖 5-10 正式會議專家對談	60
圖 5-11 觀察室直播狀況	61
圖 5-12 正式會議公民代表撰寫意見報告書	61
圖 5-13 正式會議公民代表撰寫意見報告書	62
圖 5-14 臉書粉絲團頁面	64
圖附錄 5-2-1 地區醫院與基層院所門診件數占全國總件數百分比變化趨勢	162
圖附錄 5-2-2 急診住院等後 48 小時以上比率(2017 年第三季)	164
圖附錄 5-3-1 五項最常見診察服務	168
圖附錄 5-3-2 周末診所看診率	172
圖附錄 5-4-1 歐盟的制度	193

表 格 目 錄

表 2-1 政策議題特性與參與模式差異之關聯	14
表 2-2 四種公民參與模式之差異	23
表 2-3 議題特性與公民參與模式的關係	24
表 3-1 健保政策議題與適用的公民參與模式	35
表 5-1 諮詢座談會	50
表 5-2 報名者之人口特質	56
表 5-3 預期與十計抽選之人口特質	57
表 5-4 分級醫療公民審議會議臉書粉絲團使用狀況統計表	64
表 5-5 審議階段與科技工具之應用	67
表附錄 1-1-1 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.....	76
表附錄 1-2-1 國家職訓願景工作坊議程.....	83
表附錄 1-3-1 全國型議題願景工作坊預算參考表.....	88
表附錄 1-4-1 願景工作坊執行進度工作項目表.....	89
表附錄 2-3-1 全國型議題審議式民調預算參考表.....	104
表附錄 2-4-1 審議式民調執行進度與工作項目表.....	106
表附錄 3-2-1 淡水河整治公民陪審團的議題.....	115
表附錄 3-2-2 淡水河整治公民陪審團議程.....	119
表附錄 3-3-1 全國型議題公民陪審團預算參考表.....	123
表附錄 3-4-1 公民陪審團執行進度與工作項目	125
表附錄 4-2-1 代理孕母公民共識會議執行委員會成員	134
表附錄 4-2-2 全民健保公民會議正式會議議題，專家與相關團體代表.....	137

表附錄 4-2-3 全民健保公民會議正式會議議程.....	139
表附錄 4-3-1 全國型議題公民會議預算參考表.....	142
表附錄 4-4-1 公民會議執行進度與工作項目	144
表附錄 5-2-1 六大策略.....	165
表附錄 5-3-1 各縣市的醫療群數和診所數.....	170
表附錄 5-4-1 門診與急診收費差異.....	185
表附錄 5-4-2 鄉鎮內各種專科診所數的分配情形.....	191

第一章、導言

第一節 研究背景與目的

全民健保是我國最重要的社會安全制度，建構了一個「疾病相扶持的道德共同體」(林國明 2003)。不過，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。由於醫療科技的進步、民眾需求與期望的提升、人口老化，以及，第三者付費造成的浪費，使得健保的支出存在著上漲的壓力，但是，國內的政治環境，又不利於費率的調整，這造成健保的財務困境。健保從 1998 年以後，出現支出大於收入的現象。為使健保能夠永續經營，政府於 2000 年開始規劃二代健保的結構性改革，動員上百位學者參與，於 2004 年 8 月完成二代健保的規劃，就「建構權責相符的組織制」、「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，提出前瞻性改革(賴美淑等 2004)。

二代健保法案於 2011 年立法通過。在上述的改革方向上，為了解決過去收入與支出分開討論，收支無法連動而形成財務失衡的情況，衛福部於 102 年 1 月 1 日施行二代健保之初，將過去側重收入面的「全民健康保險監理委員會」，及以及側重支出面的「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。健保會除接續原監理會與費協會工作外，尚被賦予甚多任務，例如保險費率之審議、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。

健保會所擔負的任務，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，目的在使協議訂定的總額，與審議的一般保險費費率相扣連，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，健保署須訂定費率，提請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，報衛福部轉報行政院核定後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。

由上可知，財務收支連動，涉及醫療費用總額的協議訂定，以及費率的審議，牽連的層面非常廣泛。整個過程，牽涉到超過六千億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，以及不同醫療服務部門之間，以及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。因為涉及層面非常廣泛，在決定過程中，應該公開資訊，擴大社會參與。

事實上，資訊公開，和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。」健保會在組織改造的過程中，

確實強化了社會參與和資訊公開的機制（劉宜君 2016）。例如，提升付費者代表在審議與協議過程中的比率與角色。在健保會的組成中，保險付費者(含雇主及被保險人)代表之名額不得少於二分之一，且被保險人代表不得少於全部名額之三分之一。在資訊公開方面，包括健保會委員組成、會議議程及實錄公開，健保會委員利益自我揭露，以及財務資訊和醫療品質資訊的公開等等。在民眾參與機制方面，則側重於透過電訪和網路來蒐集民意。例如，在 2013 年度委外進行「全民健保重要議題民意調查度調查」，採電話訪問方式進行，瞭解民眾對減少醫療浪費行為、落實轉診制度、部分負擔減免、無效醫療、新醫療科技納入健保給付項目與財務入不敷出時的優先考量處置，及公開健保重要資訊等之看法。另外，也將健保署到健保會專題報告的資料摘述置於官網，並提供民眾留言欄位，進行網路民意蒐集（衛生福利部全民健康保險會 2014）。

健保會在蒐集民意方面，比較侷限在電訪民意調查和網路意見，而缺少其他形式的公民參與活動。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」（衛生福利部全民健康保險會 2014）。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。

以健保會目前使用的公民參與機制來說，透過網路蒐集民意，固然可以善用科技工具，不過，網路民意往往缺乏系統性和代表性。電訪式民意調查雖然具有代表性，但是受訪民眾往往缺乏適當資訊，也缺乏與其他公民溝通對話的機會。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。例如，醫療院所經常抱怨健保費用支付過低、經營困難，但一般民眾和社會團體卻認為醫療院所獲利頗豐，凡此，必須有充分的資訊，才能評估整體資源配置是否均衡合理。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。

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（林國明，陳東升 2003）二十一世紀以來，許多西方國家紛紛採取公民會議（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。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。（Council of Europe 2000; Callaghan and Wistow 2006; Dolan and Ferguson 1999; Forster and Gabe 2008; Lomas 1997; Mullen 1999; Mitton et. al.,

2009; Menon, Stafinski and Martin 2007)。

這些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，有哪些爭議，出現哪些重要的議題，需要進行公民參與來蒐集民意？先瞭解議題的性質，才能找到議題與公民參與模式之間的對應關係。

其次，這些審議模式的公民參與機制，一般都有一套操作的規則與程序，來引導如何選擇參與者，如何進行討論，如何形成結論。因此，本計畫將針對適用於健保會執行收支連動業務時，適用的公民參與模式，建立操作的指引，並舉辦一場實驗性的公民參與，來評估其適合度。

另外，隨著電子科技的進步，許多民意的表達，可以透過電子化方式處理。數位時代下網路工具如何與審議模式的公民參與結合，是個值得重視的發展趨勢。

基於這樣的瞭解，本計畫有以下幾個具體目的：

1. 資料與文獻的蒐集與分析。一方面我們將蒐集和不同審議模式，分析其特性。另一方面，我們則將蒐集在審議過程中被使用與可能被使用的相關科技工具模式與類型，進而針對其作用、特質與可能在審議過程中產生的效應進行分析。最後，我們則將蒐集與全民健保財務收支連動機制決策過程的相關議題。由此建立公民參與模式、科技工具和政策議題的關連。
2. 本計畫透過深度訪談的方式，訪談與全民健保財務收支連動機制議題相關的學者專家、公部門代表、團體代表等人，共進行二十場的深度訪談，深度理解連動機制中的重要議題類型。
3. 透過文獻蒐集和深度訪談，設計、規劃與選擇適切之審議模式與科技工具來對應搭配相關議題。
4. 召開諮詢座談會，邀請有關之學者專家、各界代表等，諮詢各方對如何就收支連動機制的重大議題進行公民參與的建議。
5. 基於前面幾個步驟對於全民健保財務連動機制的理解以及對於各種審議模式，挑選相關討論議題、選擇與規劃合適的審議討論模式與科技工具，著手辦理實驗性審議會。
6. 最後，本計畫撰寫四種審議模式操作手冊乙冊，供未來全民健保財務連動機制中欲開放民眾參與時的參考。

第二節 背景分析

本計畫的主要目的，在協助設計、規劃現行健保財務收支連動機制下之民意蒐集及民眾參與模式。如前所述，要設計適當的參與模式，必須理解健保財務收支連動機制的決策過程中，需要公民參與的議題的性質。在健保會執掌的業務中，健保財務收支連動機制，牽涉到醫療費用總額的協定與分配，以及費率的審議。在各個決策階段，需要蒐集特定的民意。以下簡要描述與健保會業務相關的健保財務收支連動機制的程序。

一、健保會的法定任務與財務收支連動機制

(1) 提供衛福部諮詢總額範圍之意見

全民健保從 1998 年，2000 年，2001 年，2002 年，陸續開辦牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院總額(各部門總額)支付制度，由保險付費者與醫事服務提供者預先規劃及協商下年度醫療費用總額及其分配。總額預算制的實施，是希望能引導資源合理配置，提升服務效率，並控制總體的醫療費用（林宜靜;張櫻淳;江東亮 2014）

依健保法第 60 條規定，衛福部於年度開始 6 個月前，擬訂本保險每年度醫療給付費用總額，經諮詢健保會後，報行政院核定。健保會委員針對政策目標、調整因素、新增給付項目，所擬總額推估值的範圍等，提供諮詢意見函報衛福部。

(2) 落實預算執行之檢討與回饋

為促進健保資源有效運用，健保會於協商次年度總額前，會召開「全民健康保險各部門總額執行成果發表暨評核會議」(下稱評核會議)，檢視各總額部門相關計畫的執行結果。評核項目與民眾所接受的醫療照護息息相關，例如；民眾就醫權益(就醫可近性與公平性、自費情形、滿意度)之維護、醫療服務品質提升、總額管理效能等面向的執行情形。評核會議除了邀請 7 位熟稔總額支付制度的專家學者擔任評核委員之外，也廣邀民間團體、病友團體及相關機關(構)等代表與會，共同檢視總額的執行績效並提供建言。

依健保法第 61 條規定，健保會應於各年度開始 3 個月前，在行政院核定之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(包含各部門總額成長率，及分配至各健保分區的地區預算)，報衛福部核定；不能於期限內協議訂定時，則由衛福部政策決定。年度總額擬定的程序，分為準備、溝通與協商階段。

在準備階段，健保會議定總額協商架構、協商通則、協商程序；蒐集、整理供協商參用的相關資料；編製執行成果摘要、協商參考指標要覽。在這階段，衛福部會交付健保會行政院核定的總額範圍及政策方向。政府交付的政策方向，影響下階段的溝通與協商。例如，衛福部交付的 2016 年總額協商的 policy 方向包括：「持續引進新藥物及新科技，增進健保給付價值」、「鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康」、「合理反映偏遠地區及弱勢族群之照護需求，均衡醫療資源之分布」、「善用醫療服務成本指數成長之預算，調整醫療服務支付標準相對值表，適度反映改善醫事人員勞動條件之成本」、「人類免疫缺乏病毒感染者確診開始服藥二年後之醫療費用改由全民健保支應」、「為落實 C 型肝炎之防治與有效治療，降低肝硬化、肝癌之發生，C 型肝炎防治納入國家公共衛生政策，分階段將 C 型肝炎口服新藥納入健保給付」、「落實以病人為中心之醫療體系，提升社區健康照護質量與信任」和「健全健保藥品給付及支付制度，引導正確用藥，提升用藥安全」(衛生福利部健康保險會 2016)。這些政策方向是否反映民眾需求，在資源配置的優先順序如何，健保會有必要蒐集民意作為溝通與協商的依據。

最後進入溝通與協商階段，先由健保署及各總額部門預先規劃協商草案，召開總額協商會前會，進行意見交流，再由健保會協商年度總額及其分配方式(含地區預算)。協定結果報衛福部核定後公告。

(3) 費率的審議

健保法第 24 條，規範保險費率之審議，明訂保險費率審議程序，並規範費率審議與醫療給付費用總額協定扣連之機制，以期達成二代健保財務收支平衡之目標。根據規定，健保署應於健保會協定年度總額後 1 個月，提請其審議當年度保險費率。但以上限費率計收保險費，無法與當年度協議訂定之總額達成平衡時，應重新協議訂定總額。健保會審議費率前，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，依協議訂定之總額，完成年度收支平衡費率之審議，報衛福部轉報行政院核定後，由衛福部公告之。不能於期限完成審議時，則由衛福部逕行報行政院核定後公告。

由上可知，再提供衛福部總額範圍的諮詢意見、檢討上年度預算執行、總額的協定與分配，以及費率的審議，每個階段，都需要透過適當的公民參與機制來蒐集民意。但每個階段所出現的議題，也不盡相同。必須根據議題的特性，規劃合適的公民參與模式。但不管議題性質如何，由於牽涉財務收支狀況與醫療服務內涵與績效，需要提供充分的資訊讓民眾瞭解；而各種議題都牽涉到價值與利益的衝突，因此在公民參與的過程中，必須提供對話與溝通的機會。

二、審議式公民參與

二代健保規劃期間，學者們曾為協助設計規劃審議式的公民參與模式，將公民會議、審議式民調、願景工作坊、法人論壇與公民論壇等方法，應用到全民健保議題的公民參與（陳東升等 2004）。這些創新性的公民參與，在臺灣應用到許多全民健保以外的政策議題（林國明 2009，2013），這股趨勢，呼應國際風行的審議民主實踐潮流。從 20 世紀末年以來，在世界其他角落也興起各種創新性的民主實踐，同時結合公民直接參與和公共討論兩項特色，如丹麥的公民會議、願景工作坊，美國的公民陪審團、審議式民調。在這同時，學術界的民主理論也出現「審議民主」的思潮。二十一世紀以後，人們普遍以「審民主」來稱呼這些形形色色的創新性公民參與模式(Nelbo 2017, Elstub and McLaverty 2014)。前面說過，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，民眾應該透過「說理」的溝通行動來影響政策。這樣的溝通行動，當然是種理想化的審議情境。各種審議模式的公民參與，都各自有套操作程序，希望盡量趨近審議的理想。它們形色不一，但大致在「誰來審議」、「如何審議」和「審議結果」有些共同要素。在「誰來審議」方面，因為現實上，不可能「所有受到決策所影響的人」都來參與審議，因此，這些參與模式，大抵都有一套招募和挑選參與者的程序，希望使參與者的組成具有包容性，涵蓋不同背景的群體。在「如何審議」方面，這些模式都有如何組織討論的程序結構，參與者在有經驗的主持人引導下，依據程序規則進行說理的溝通；另外，它們都假定，在說理的溝通行動中，參與者應該具有一定的資訊，才能審慎判斷各方說法是否妥當合理，因此都會提供文字或影像資料，以及借用專家的協助，讓參與者了解討論議題的基本事實和各方爭議，同時也會邀請代表不同利益、價值和主張的人士，如社會團體代表或政府官員，到論壇中提供觀點，並與參與者對話。在「審議結果」方面，公共討論不是只是「各言爾志」，而是對共同關切的問題形成集體的意見。不同類型的參與模式，以各種方式來呈現集體意見，有的以投票來決定，有的以書面陳述共識結論，有的是以意見調查的方式，形成參與者對解決方案的意見分布。絕大多數的公民參與模式的審議結果是透過公共輿論來影響政策，對政策決定沒有拘束力。參與式預算則是例外，它對公共資源的分配有實質的影響權力。

雖然不同的參與模式，「誰來審議」、「如何審議」和「審議結果」有些共同要素，但也存在著差異。例如，參與者的類型、提供資訊的深度與廣度、形成結論的方式，都有所不同，則使得不同的公民模式，適用的議題類型（政策發展階段、議題範圍、技術複雜程度和價值衝突程度）都不同（林國明 2006）。底下會對此做些討論。要提醒的是，雖然不同的公民參與模式，對於「誰來審議」、「如何審議」和「審議結果」等面向上，可能存在著差異，但是，必須同時能夠提供資訊，進行說理的溝通，以及具有形成結論的機制，才能是審議式的公民參與模

式。本計畫的核心目標，為健保收支連動機制的相關議題，規劃適合的，審議式的公民參與模式。

第三節 實施步驟

接著說明本計畫所規劃的數個實際執行步驟。

首先，在整體計畫期間內，我們進行資料與文獻的蒐集與分析。一方面我們將蒐集和不同審議模式相關的討論與分析，另一方面，蒐集在審議過程中被使用與可能被使用的相關科技工具模式與類型，進而針對其作用、特質與可能在審議過程中產生的效應進行分析。本報告將在第二章說明不同的審議模式，第四章說明科技工具如何應用於審議過程。

其次，本計畫透過深度訪談的方式，訪談與全民健保財務收支連動機制議題相關的學者專家、公部門代表、團體代表等人，共進行二十場的深度訪談¹。藉由這些深度訪談，深度理解連動機制中的重要議題類型與過往相關協商與討論的操作模式。透過對於這些資訊的掌握，我們整理出重大的政策議題，建議適切之審議模式來對應搭配相關議題。另外，我們也陸續召開諮詢座談會(共召開六場次、每場邀請五位)，會中邀請與全民健保、財務收支連動機制、審議民主模式、以及科技工具等議題面向有關之學者專家、各界代表等，諮詢與請益各方對於相關規劃的建議。座談名單請見附錄六。深度訪談與諮詢座談，幫助本研究與健保收支連動相關的，適合做為公民參與的重大議題，並建議適當的公民參與模式。第三章將對此說明。

接著，我們則將奠基於前面幾個步驟對於全民健保財務連動機制的理解以及對於各種審議模式、可資運用之科技工具的比較與分析，挑選討論議題著手辦理實驗性審議會。我們選擇以公民陪審團的方式，進行「分級醫療」的公民審議。選擇分級醫療作為實驗性審議會議的議題，有幾個理由。根據諮詢專家的意見，因為公民參與的成本很高，議題應該是要很重大的，涉及到健保的長治久安，而分級醫療便是影響健保「長治久安」的議題，因為它影響到不同醫療層級的功能，資源使用的效率和健保財務的健全。其次，分級醫療的落實，如提高醫學中心急重症的支付，提高基層服務的量能，都將提高醫療費用總額，也涉及民眾的付費能力與意願。另外，分級醫療議題，也涉及民眾行為的改變。這樣的議題，尤其需要民眾的參與。本報告第五章將說明審議會議的整行過程與結果。

最後，本計畫則將彙整前面幾個步驟的成果，就各種公民審議模式，撰寫操作手冊乙冊，供未來全民健保財務連動機制中欲開放民眾參與時的參考。操作手冊將置於本報告附錄中。

第四節 計畫成果

本計畫的成果包括數點，分述如下。

¹ 訪談大綱請見附錄八。

1. 分析審議模式與議題類型的對應關係：此計畫提供契機分析不同審議模式與議題類型的對應關係。
2. 理解運用科技工具應用於審議過程之可能影響與限制。
3. 規劃全民健保過程中—尤以財務收支連動機制—可供公民參與之議題、時機與方式：過去儘管多方認為全民健保的決策過程應思考納入公民審議的程序，但實際上究竟應如何操作與規劃，尚缺乏系統性的分析，此計畫提供機會針對這樣的面向進行討論。
4. 辦理分級醫療公民審議會，就衛福部和健保署正在推動的分級醫療政策，提供公民審議的政策建議。
5. 完成操作手冊，以利後續相關議題之審議參與規劃。

第二章、審議民主公民參與模式

第一節 審議民主的理念

本計畫主要的目的，在針對全民健保財務收支連動議題，提出適合的，具有審議民主特性的公民參與模式。因此，本章將對審議民主的基本理念，具備審議特質的公民參與模式的操作方式，以及不同模式的選擇做說明。

「審議民主」(deliberative democracy)這個規範性的民主理論主張，具有民主正當性的法律與政府決策，必須能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；而被公眾認定為合理的決策，應該來自於自由、平等的公民之間的公共討論。(Manin 1987; Boham and Rehg 1997; Chambers 2003) 在公共討論過程中，公民們提出解決集體問題的方案，說明主張的理由，相互批評彼此的方案和論點，修正自己的看法，希望找到能被所有人接受的方案。

目前已有汗牛充棟的文獻試圖界定審議民主這個規範性的民主理論（參考 Bächtiger, Andre, et al. 2018; Marti and Besson 2017）；大部分的界定，都接近於 Jon Elster（1998：8）言簡意賅的定義。Elster 對審議民主的定義有兩個面向。一是「民主」的面向，主張：所有受到決策所影響的公民或其代表，都應該能夠參與集體決定；一是「審議」的面向，認為：集體決定，是理性無私的公民或其代表經由公共論理的方式來形成。

根據 Elster 的定義，審議民主的「民主」面向強調公民對政策決定的直接參與。有些文獻指出，審議民主具有直接民主的傾向，這使其有別於菁英民主理論對代議制度的推崇和對公民參與的鄙夷。(Boham and Rehg 1997) 民主菁英理論認為民眾是政治冷漠的、容易受到煽動，無法瞭解政策議題的，因此一般公民在民主過程的角色只是經由選舉來選擇領導人。（參考 Schumpeter 1976 [1943]: 250-283）不同於民主菁英理論，審議民主強調公民才是民主體制的參與主體，應該積極地參與政策決定。不過，我們必須提醒的是：公民的直接參與，並不同於「所有公民的參與」。Elster 的定義將公民的「代表」也納入參與的主體。對參與主體作較具包容性的定義，乃認識到直接民主的現實可行性。除了公民投票之外，在許多決策情境中，「所有受到決策所影響的公民」的直接參與，並不可行；往往是一部分，而非所有的公民，參與了政策決定。這一部分的公民，如何「代表」整體？「代表」的意涵為何？這是強調公民積極參與的審議民主在理論和實務上的重大問題。

再就審議民主的「審議」面向來說，Simon Chambers（2003：308）指出，審議民主是一種以對話為中心（talk-centric）的民主理論，它將我們對民主的瞭解，固著在辯解義務（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。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，對話中心的審議民主理論，則和投票中心（voting-centric）的民主理論，有相當不同的看法。投票中心的民主理論將民主視為固定的偏好和利益經由公平的匯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，即可辯稱是經過人民同意的集體選擇。審議民主則

將「人民的同意」和「辯解義務」相接連。審議民主理論認為一個具有正當性的政治秩序，必須向所有受其法律約束的人說明決定的合理性。也就是說，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，解釋，提出充分的理由來辯護其合理性，才能具有「獲得人民同意」的正當性。在這樣的理解下，受治者的同意（甚至投票的機制）並沒有消失，只是，在審議民主的模式中，比起匯集模型（aggregative model），它被賦予更豐富的詮釋。所以，Chambers（2003：308）說，儘管審議民主理論對現存的匯集模型的代議民主制度多所批評，但審議民主並沒有要取代代議民主，它是代議民主的延伸，它關注投票之前意見與意志形成的溝通的過程，也就是說，從公共審議（public deliberation）中形成可向公眾辯解的政策決定。

那麼，什麼性質的對話，構成審議民主理論所關注的「公共審議」呢？我們先從 Gastil(2000：22)的定義出發，他指出：審議

「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 的定義指出審議的幾點特質，一是「理性的公共運用」（public use of reason），對政策議題的檢視與決定，要運用明智的判斷；二是對話與溝通，強調「批判的聆聽」；第三，他指出，審議的目的在辨認問題，並使用評價基準來提出最佳的解決方案。James Fishkin (1995:41)對審議的定義，同樣強調理性的公共運用和對話，指出參與者必須願意敞開心房來評價各方的論點，也能夠回應別人的主張。除此之外，參與者必須具有充分的資訊，來瞭解各種論點的說服力。與 Gastil 和 Fishkin 的定義相近，Chambers（2003：309）也認為，審議的目的在產出合理的，充分知情的意見；但他特別強調審議過程中「批評的自省」的面向，指出，參與者願意從討論，新的資訊和其他參與者所提出的主張來修正自己的偏好。

綜合以上幾個具有代表性的定義，我們可以將公共審議理解為：參與者透過講理和聆聽的溝通過程，在資訊充分的情況下，運用明智的判斷，聆聽他人的觀點，反省自己的主張，審慎地評估各種論點，來檢視參與者共同關心的議題，提出合理的解決方案。在審議的過程中，支持或反對某個方案的陳述，都必須說明理由，而且是以能夠讓他人信服的方式來說理。參與者不僅要提出理由來為自己的主張辯護，而且要聆聽、回應他人的論點，並反省、重新評估自己的論據是否無可非議。

至於審議的過程，是不是「只講公益，不講私利」，審議的終極目標，是不是要產生共識，不同的審議民主主張，對此有不同的看法。有的認為，過度強調「共善」（common good）與「共識」，將使公共討論壓制少數、非主流的利益和觀點。（Young 2002; Dryzek 2000）。Chambers 則指出，雖然共識未必是審議的終極目標，參與者也可以在審議的過程中追求他們的利益，但參與者必須對結果的正當性有集體的關切，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。各方都能接受，並不是說大家都對爭議中的方案，在實質議題上達成共識，而是最終形成的方案，被視為合理的和公平的（reasonable and fair）。合理與公平的觀念，必然會涉及我們對集體的政治社群賴以存續一些基本價值（參見 Young 2002；Gutman and Thompson 2004）。共善的觀念，應該從共享的基本價值，而非特定政策議題的實質內容，來瞭解。缺乏共善的觀念，不能援引「公平」、「正義」的觀念來辯護特殊利益，我們無法向其他公民同胞解釋自我利益的追求是合理。而缺乏以共善的觀念來尋求各方都能接受的方案這樣的合作的動機，相互講理，彼此說服的溝通也難以持續。

以上所指出的公共審議的特質，是一種理想的溝通的情境，實際的公共討論，必然會與理想情境有所距離。我們要問，這種理想的溝通情境有何價值？有什麼理由值得我們建構這種公共審議的模式呢？

前面提過，審議民主是一套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。在多元化的當代社會裡，政策決定經常面臨「不相容的價值」（incompatible values）的問題，存在利益與理念的衝突（Gutman and Thompson 1996）。在公共審議的過程中，參與者必須以可向公眾辯解的方式提出自己的關切與論點，也在相互尊重的立場上聆聽、理解他人的關切與論點，由此達成有論理根據的相互同意，使得不同的利益與價值關切，能夠得到平等的考量，而提高政策的正當性（Boham, 1996；Cohen 1997）。

也有人將民主看做尋找真實（search for truth）的過程（Manin, Przeworski and Stokes 1999:5），這過程有助於達成較為「正確」的決定而提昇決策的品質。如林國明和陳東升所言：（2003：69）：

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，而提昇決策的品質。

除此之外，許多審議民主的倡議者，有從過程的面向，公共審議能對參與者所產生的轉化作用，帶來教育的效果，提昇公民們對政策議題的瞭解，促進公民關心公共事務與公共利益的道德品質。這些因為公共審議而轉化、養成的公民能力與德行，正是一個蓬勃發展、運作良好的民主政體所需的要件。

第二節 審議民主公民參與模式

如果公民或其代表的參與方式，是透過知情的討論和相互理解的溝通來形成集體的意見，那麼，這樣的參與模式，就可稱為「審議式的公民參與」。哪些公民參與模式，具有審議的特質呢？這些具有審議特質的公民參與模式，又有哪些面向上的差異呢？這是我們接著要討論的問題。

公民參與的模式很多。Rowe and Frewer (2005) 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）！其中，較常被提到的（至少被三篇文獻討論到）的模式包括：公民諮詢委員會（citizen advisory committee，共六篇討論到）、公民陪審團（citizens' jury，七篇）、公民會議或共

識會議 (citizen's panel or consensus conference, 九篇)²、焦點團體 (focus group, 三篇)、協商規則制訂 (negotiated rulemaking, 四篇)、公聽會 (public hearing, 三篇)、公民投票 (referendum, 四篇)、民意調查 (survey, 6 篇) 和工作坊 (workshop, 5 篇)³。

許多公民參與模式，並不具有審議的特性。根據我們之前對公共審議的討論，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：參與的程序必須提供充分的資訊，讓參與者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：以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。

從這幾個基準來看，我們可以將許多公民參與模式都被排除於「審議式公民參與模式」之列。例如，民意調查雖然可以知道民眾對政策方案的集體意見，但受訪者並沒有接收到充分的資訊，彼此之間也缺乏討論；公民投票也有類似的問題。公民投票清楚地顯示民眾的集體選擇，但投票的過程未必提供充分的資訊和公民對話的機會。焦點團體座談，讓公民能夠進行對話，但不必產生結論。公聽會則是各方代表「各言爾志」，各自陳述自己的觀點和主張，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對話，也不必產生結論。

公民會議、公民陪審團和願景工作坊則符合我們所界定的審議特質。除了這三種模式之外，文獻中經常提到的審議式公民參與模式還包括：審議式民調 (deliberative polls)、學習圈 (study circle) 和開放空間 (open space) 等(參考 Democracy Network 1998; Gastil and Levine 2005)。其中，學習圈和開放空間較常用於討論社區型議題。由於本計畫所探討的是全國性的健保議題，因此我們將討論的焦點，放在公民會議、公民陪審團、願景工作坊和審議式這四種參與模式。這四種參與模式在哪些面向上有差異呢？我們接著討論這個問題。

第三節 審議式公民參與模式的選擇

審議式公民參與的模式，非常多樣，行政部門如果要發動公民參與的話，該如何選擇適當的參與模式呢？在評估參與模式的適當性之前，我們必須先瞭解各種審議式公民參與模式的特性和彼此之間的差異。

一、不同參與模式的特性

根據前面的定義，審議式公民參與，指的是：公民或其代表透過充分知情的討論來形成合理的意見，以供行政部門作決策參考。哪些公民，透過何種程序參與，在參與過程中取得多少資訊，以什麼樣的方式形成意見，這幾個部分是操作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有所差異。(Rowe and Frewer 2005; Abelson et.al., 2003)。下面就這些差異的面向作進一步說明。

² 英文文獻上有的使用 citizens' panel，有的使用 consensus conference 來指稱同一種公民參與模式；中文有時叫做「公民會議」，有時叫做「共識會議」，有時叫做「公民共識會議」。為維持一致性，我們一律使用「公民會議」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)。

(一) 參與者特性：包括參與主體為何、主動參與的可能性、參與人數多寡、參與主體的代表性等。在參與主體面向上，有些模式的參與主體是一般民眾；有些模式，如願景工作坊，參與主體除了一般民眾，還包含利益團體、專家和政府官員。在主動參與方面，有些模式，如公民會議，公民可以主動報名，經挑選後參加；另些參與模式，如審議式民調，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。最後，代表性而言，有些參與模式，如審議式民調，因為是透過隨機樣本的抽樣且參與人數較多，一般而言就人口的背景的代表性是比較高；有些參與模式，參與者的組成特質與全國人口的特質有很大的差異，以致其代表性遭受質疑。

(二) 資訊取得：不同參與模式在參與的時間長度有所不同，有的長達七天，如公民會議，有的在一天完成，如願景工作坊。參與時間較常，參與者有比較多的機會可以透過討論、對話與閱讀資料來取得較為豐富的資訊。此外，比較不同參與模式所提供的資訊的豐富程度還必須考量以下的因素：是否準備閱讀資料，有無安排專家授課來介紹議題背景，有無機會可以和政府官員、專家學者及團體代表進行對話，並質疑其論點。

(三) 程序規則：不同的參與模式在程序規則上最大的差別參與者是否具有設定議題的主動權。有些參與模式，如公民會議，可由參與者自行制訂討論議題，讓參與者自行指認問題所在並尋求解決的方案，有些，則只能從主辦單位所提供的主題去進行討論，如公民陪審團，或從已被設定選項中去表達意見，如審議式民調。程序規則的另一個差異面向，在程序的彈性。所有的審議民主公民參與模式，大都有一套操作程序，指示每個步驟所要進行的工作。但不同的審議模式，因為對操作步驟的規定，明確程度不一，容許規則變更的彈性也就不同。程序彈性經常表現在會議天數的變異程度。例如，願景工作坊的標準操作程序是兩天的會議，但如下一章將指出的，各國辦理的願景工作坊，會議天數從一到三天不等，顯示操作程序有極大的彈性。相較之下，各國辦理的公民會議，正式會議的天數都是三天，顯示程序的彈性極小。

(四) 意見產出：不同的參與模式在意見產出方面有幾點重大的差異，需要形成書面結論？產生形式是做成政策建議還是以意見調查的方式來顯示態度分佈？以及，是否需達成共識？

上述參與模式在參與者特性、資訊取得、程序規則和意見產出等四個面向的差異，使不同的參與模式，適用於不同性質的政策議題。因此，在選擇適當的參與模式的時，除了考量上述的參與模式的特性之外，還必須評估議題的特性。

二、議題的特性

什麼樣的政策議題有必要進行審議式的公民參與呢？公民審議需要成本，大大小小的議題都要進行公民審議是不可能的，必須有所取捨。適合進行公共審議的議題，大致應該具備幾個特質：一、顯著地為社會大眾所關注；二、引起利益、規範與認知層次的衝突。三、牽涉到一定程度的技術性知識，需要公眾「開明的瞭解」。但同時具備這些特質的議題，在以下幾個面向上，可能存在著差異：議

題的發展階段、議題範圍、技術複雜性、基本價值爭議。

首先，就議題發展階段而言，我們可用「是否形成明確的政策選項」作為議題發展階段的分期基準。有些議題，是屬於長期政策規劃，描繪願景和行動策略的；有些，則屬於問題已經浮現，但解決方案還不明確的發展初期；有的，則處於議題發展後期，政策選擇已經有特定明確的方案。

其次，就範圍來說，有的議題較為特定、明確，有的較為一般、寬廣。例如，「是否提高水價」，是個特定明確的議題，「如何達成水資源供需的平衡」則是比較一般性的議題；前者的議題範圍是被後者所包含--提高水價只是控制需求的手段之一。議題的範圍，經常與發展階段有關。例如，在議題發展的後期，當政策選項較明確時，討論的範圍也較為特定。

再就技術複雜性而言。需要審議的議題，都具有一定程度的技術性知識，所以才希望透過審議的途徑讓民眾瞭解，但是，不同的議題，在技術性知識的複雜程度，是會有差異的，特別是當這些議題是牽涉到一般民眾的生活經驗較不熟悉科技的領域，例如，對一般民眾來說，評估核基因治療是否具有風險，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，要來得複雜。

最後，基本價值的衝突。與前者相同，需要審議的議題，經常存在著價值的衝突，但有些議題的衝突，可能比較著重在利益分配或認知面向，而非價值層次；而有些價值的衝突，則可能牽涉到社群集體存在的基礎或生活方式的選擇。例如，「要不要繼續維持健保制度」，比起「要不要調漲保費」的議題，更加觸及了社會基本價值；「是否調整水價」比較是利益分配與認知層次的議題，但「如何達到水資源供需的平衡」，因為選項中可能涵蓋興建水庫以增加供水，而觸動生態價值。

三、議題的特性與參與模式特性的適合度

不同性質的議題，需要使用具有特定性質的參與模式。以下，讓我們再以發展階段、範圍、技術複雜性、基本價值爭議等議題的特性和參與模式特性的適合度作說明。我們將討論議題特性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差異面向之間關聯。要提醒的是，每個議題特性（發展階段、範圍、技術複雜性和基本價值衝突），並非和參與模式的每個差異面向（參與主體、資訊取得、程序規則和意見形成）都有關聯。我們將只討論有所相關的部分。其相關性見表 2-1。

表 2-1 政策議題特性與參與模式差異之關聯

參與模式差異		議題特性				
		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	✓	✓			
	包括公民、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，由於政策的選項不明確，所以參與者需要較為豐富的資訊，也需要具有設定議程的主動權，才能指出問題，尋找解決的方案。參與的成果，也比較適合以書面的形式，形成共識性的政策建議。另外，在長期規劃和議題形成初期，需要來自多元異質的觀點，因此，在參與者的挑選方面，必須讓公民有主動報名參加的機會，使「積極的聲音」能夠被聽到。從事長期規劃時，尤其應該讓規劃者（如政府代表和學者專家）和公民及社會團體代表齊聚一堂，共同討論。在議題發展的後期階段，由於政策選項已經形成，行政部門想知道的，可能是社會公眾對不同選項的支持程度，因此，在參與者的特性方面，代表性就格外重要；在意見產出方面，適合用民意調查的方式呈現意見分佈，不必強求共識。

議題範圍以及技術複雜度，這兩個面向與資訊取得的面向特別相關。範圍較為一般、寬廣，以及牽涉到的議題，需要讓參與者有更多的時間來討論，也需要透過閱讀資料和專家對談來提供較為充分的資訊。

涉及基本價值爭議的議題，也需要有更多的參與時間，提供較為充分的資訊，同時，也需要有和不同立場的政府官員、專家和社會團體代表。審議式公民參與如果涉及基本價值爭議的議題，我們通常期待參與過程能夠轉化參與的價值，以尋求彼此能夠接受的方案，或至少能進行互為理解的溝通。較多的參與時間，豐富的資訊和多元的觀點，使參與者比較可能反省自己的價值。另外，涉及基本價值爭議的公共審議，應該以書面的方式形成共識。共識的要求，驅使參與者去釐清基本價值，尋找能被大家接受的方案。

接下來，我們要分析公民會議、審議式民調、公民陪審團、願景工作坊這四種經常使用的審議式公民參與模式的國際操作經驗，從這些經驗中，我們將比較四種模式的特性差異，並分析他們適合用於哪種類型的議題。

第四節 審議式公民參與模式簡介

一、公民會議

(1) 背景

公民會議（Citizen Conference），或稱共識會議（Consensus Conference），是丹麥的技術委員會（Teknologinævnnet）在 1980 年代中期發展出來的公民參與模式。技術委員會於 1986 年成立，後轉型為一隸屬國會的科技評估單位：科技委員會（Teknologirådet）。它的主要功能是獨立地評估科技對公民與社會的影響，

以及促成國會、政治決策者與公民之間進科技議題進行公共辯論（Andersen and Jæger 1999: 332）。丹麥政府之所以設立科技委員會，自然有它的社會脈絡因素。首先，丹麥有一股很強的「參與式民主」傳統，丹麥公民會參與各項議題的討論與決策，而法律也明文規定地方政府必須再政策制定前，將草案送交公聽會討論。第二，代議制民主產生了危機。地方分權以及歐盟的決策使丹麥國會漸漸流失權力。另外，丹麥的國會議員是從政黨裡面選出來的，但丹麥人民越來越少參與政黨，因而國會的正當性就出現了問題。第三、1960 年代以降，丹麥的社會運動增加，人民頻頻藉由社會運動評論科技政策或計畫。第四、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（Andersen and Jæger 1999: 333-334）。在這四種社會脈絡下，丹麥政府決定成立科技委員會，藉此推動公民、決策官員與學者專家之間的對話，增加公民對科技政策的理解與影響。科技委員會在這個要求下，執行了許多有創新的公民參與方法，例如公民會議、願景工作坊、觀點工作坊（Perspective Workshop）、未來小組（Future Panel）...等。⁴在此我們只把焦點放在公民會議身上。

公民會議的特徵與其他公民參與模式一樣，都是設法讓一般公民從不具備與議題有關的專業知識，到成為知情公民，進而能夠理性地進行討論。這可以使現今的民主政治擺脫專家統治模式（林國明 2003:1-2）。眾所周知，這個模式最大的缺點就在於政策制定過程一方面涵括專家意見，另一方面卻排除受此政策影響的公民。公民會議連同其他公民參與模式正是為了因應這種涵括與排除而生的。底下我們簡單介紹公民會議在丹麥實施的一般流程。

（2）操作程序

首先，主辦單位挑選目前社會有興趣的、需要專家知識的、界定明確的、涉及衝突與未獲解決的議題作為公民會議的題目。接著主辦單位選擇一些立場不同的人組成執行委員會，負責準備可閱讀資料、抽選參與公民、設定會議議程以及監督整個會議的進行。執委會在挑選公民時，先從全國人口隨機抽選出約 2000 位公民，徵詢他們的參與意願，之後再從有意願者中抽出 14-16 位公民組成公民小組。主辦單位寄發與這次議題有關的可閱讀資料給公民小組成員，使這些成員能夠對議題有一基本的了解。稍後，公民小組參與兩次在週末舉辦的預備會議。在這兩次會議中，公民小組除了熟悉議題與公民會議的程序外，也必須決定在公民會議中要提出哪些問題，以及哪些專家可以回答這些問題。主辦單位將這些問題告知被選擇出來的專家，讓他們可以事先準備口頭與書面報告。

正式的公民會議通常進行四天。第一天，由專家針對那些問題進行口頭報告，並回答公民小組當場提出的問題。第二天，公民小組交叉詢問專家，要求他們闡明自己的觀點。下午，公民小組在主持人的協助下，就這些專家意見進行審議，以達成共識為原則。這個活動一直持續到第三天，公民小組將共識撰寫成最終報告。第四天，公民小組向會議參與者（媒體、專家、政府官員、社會團體、一般公民等）闡述最終報告，而專家能於此時修正報告裡頭的事實性錯誤。此外，會議參與者也能針對這篇報告詢問公民小組。會議結束後，主辦單位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編輯成一本冊子，寄給公民小組所

⁴ 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>

有成員以及決策者。

二、公民陪審團

(1) 背景

公民陪審團 (Citizens' Jury) 是由政治學者克羅斯比 (Ned Crosby) 於 1974 年所創。美國的政治在當時存在許多問題，比較根本的包括：政黨操弄、政府決策過程的腐化、選舉功能的失效 (The Scottish Office)。在這個社會脈絡下，克羅斯比於 1974 年在明尼蘇達州成立傑弗遜中心 (Jefferson Center)，執行和推廣公民陪審團，促使公民主動介入政府決策過程，以解決美國民主的根本問題。傑弗遜中心是一非營利、無黨派的獨立機構，核心目標在於創造與維持高品質的公民陪審團，為此，它將 "Citizens' Jury" 一詞註冊為商標，所有美國境內的公民陪審團皆須經過許可才能執行 (Jefferson Center 2004:10)。

傑弗遜中心自 1974 年到 2002 年為止，總共舉辦或協辦了 30 場公民陪審團。⁵其中 1984 年那場第一次獲得政府贊助，1990 年那場與 League of Women Voters of Minnesota 合辦的、以州長選舉為議題的公民陪審團獲得極大迴響，媒體曝光率大幅增加，平面媒體針對該議題所刊出的報導或評論有一半是得自這場公民陪審團的啟發。1992 年兩機構再度聯手舉辦以參議員選舉為題的公民陪審團，這一次比上一次還成功，就連華盛頓郵報的社論也稱讚不已。

然而，這些以選舉為議題的公民陪審團卻為傑弗遜中心帶來了麻煩。國稅局在 1993 年通知，傑弗遜中心將被取消所得稅可扣除額身份，而且將因舉辦以選舉為議題的活動而被處以罰鍰。經過三年的衝突與協調，國稅局最終同意不對傑弗遜中心採取行動，而傑弗遜中心也不得再舉辦與選舉有關的活動。

漸漸的，傑弗遜中心不再朝向自己所希望的方向前進。它雖然做了許多行銷，但沒有獲得預期的效果。2002 年，傑弗遜中心結束營運，解散職員，委員會只保留三名成員。但這並不意味著傑弗遜中心走進了歷史。它現在開始扮演協助者的角色，提供想辦理公民陪審團的單位或機構許多有用的經驗與資訊。

(2) 操作程序

傑弗遜中心舉辦的公民陪審團通常都有類似的程序 (Jefferson Center 2004: 5-9, 14-16)。在公民陪審團正式進行前四個月，工作團隊會設立諮詢委員會

(Advisory Committee)，由對某一議題熟悉、但立場不一的學者專家組成，他們提供傑弗遜中心關於議題、議程、證人選擇的建議，並監督整個公民陪審團計畫執行時的公平與完整。大約在陪審團進行前兩個月，議題、議程、證人都會確定下來。

證人通常是相關議題的專家，由中立人士、利害關係人、各種不同立場的人組成。中立人士可以向陪審員介紹整個議題的概況，利害關係人和各種立場不同的人則提供關於這個議題各種不同的觀點。這些證人的功能是要讓陪審員成為知情的公民 (informed citizens)，以便進行深入的審議。

在證人、議題、議程確定之後，傑弗遜中心的工作團隊隨即以隨機抽樣的方

⁵ 以下歷史摘自 Jefferson Center: History。

式進行電訪，取得受訪者的人口特徵以及對於此議題的態度。接下來，工作團隊針對那些有意願參與的受訪者，依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（18-24 位）。這些人口變項通常是年齡、性別、教育程度、種族、居住地，但不同的陪審團計畫可以有不同的人口變項（態度變項亦然）。這個分層抽樣的目的一方面是確保陪審團成員具有代表性（藉由隨機方式），另一方面則是彌補小樣本代表性不足的先天缺陷（藉由分層方式）（Clayson）。⁶抽樣出來的陪審員因此被傑弗遜中心認為是當地社群的縮影（microcosm）。上述這些過程大約在陪審團進行前一個月完成。

所有後勤事務準備就緒後，陪審團便能正式進行。陪審團通常持續五天。⁷第一天，陪審員先熟悉彼此，營造舒適的參與氣氛，同時也學習陪審團進程序並了解議題的概況。接下來幾天，陪審員聽取各方證人的證詞，了解他們的觀點、想法，並就這些觀點想法提出疑問，要求證人加以回答。這段期間會夾雜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，主持人負責讓陪審員了解目前所做之事，引導他們進行理性且相互尊重的討論，並促使他們達成清楚的結論與建議（Jefferson Center 2004: 65）。第四天下午，全體陪審員進行最後的審議。隔天上午，陪審員完成初步報告，下午則由陪審員代表向媒體、贊助單位、政府官員、有興趣的公眾報告審議所得的結論與建議。

陪審團的最終報告在陪審團結束後三個星期內完成，這個報告除了包含陪審過程所得的結論與建議外，還提供其他訊息，諸如會後陪審員對陪審團以供作人員的評估、陪審員人口特徵、抽樣過程、證人名單等。有時，陪審員會在陪審團進行前中後接受訪談或問卷調查，以確定他們的意見是否發生變化（Jefferson Center 2004: 58）。

公民陪審團在德國有一個相當類似的版本：計畫圈（Planning Cell）。計畫圈是由德國社會學家 Peter C. Dienel 於 1972 年所創，並由 Research Institute for Citizen Participation in University of Wuppertal 執行，近年來則交由 Citizen Consult Institute 執行（Clayson）。⁸

三、願景工作坊

（1）背景

願景工作坊（Scenario Workshop）是由丹麥科技委員會（Teknologirådet）於上世紀 90 年代初期發展出來的新興公民參與模式。它主要處理的是地方所遇到的具體技術問題。針對這些問題，願景工作坊提供一系列願景與行動計畫（Andersen and Jæger 1999: 332）。底下我們簡單介紹願景工作坊在丹麥執行的標準程序。

丹麥國會底下的科技委員會所提出的願景工作坊是從未來工作坊（Future Workshop）轉變而來。不同於共識會議與公民陪審團，願景工作坊通常是從一個共同意識到的問題出發，並試圖尋找解決之道（Andersen and Jæger 1999: 332;

⁶ 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。

⁷ 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。

⁸ 我們稍後將討論計畫圈與公民陪審團的差異。

2001: 53)。這樣的出發點伴有一套不同於其他公民參與模式的程序。在工作坊開始之前，主辦單位會編寫四套劇本，交由參與者先行研讀。這些劇本著重於當地社群在這個議題所牽涉到的技術問題上面的未來發展，也就是在某一設定好的未來年代，這些技術問題將如何解決的方法。這些劇本內容不是對未來的預測，它們的作用僅僅是啟發參與者的思考、評論、理性討論，進而發展出新的共同願景與行動計畫（張宏哲 2004: 167）。也就是說，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相當不同的、屬於自己的劇本（願景）（Andersen and Jæger 1999: 332）。另外，主辦單位在會前也會將可閱讀資料連同劇本一起交由參與者閱讀，以便參與者從事知情的討論（林國明等 2006: 2）。

願景工作坊和公民陪審團雖然同樣是以所有當地公民為潛在的邀請對象，但願景工作坊也將當地政治人物與政府官員、技術專家、商界人士等列為受邀參與對象。⁹這些潛在的參與對象在公民陪審團中無法擔任陪審員的角色，最多只能以證人的身份提供證詞，並回答陪審員的詢問。¹⁰也就是說，他們無法進行實質審議。相反，願景工作坊讓這些人能夠聚集在一起，以理性的原則相互溝通與理解。其次，願景工作坊的參與者（25 至 30 人）是經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不同。後兩者採取半隨機抽樣法選擇參與者，而願景工作坊（至少在丹麥）則是利用非隨機的邀請法選取參與者（Andersen 2003: 10）。

（2）操作程序

願景工作坊通常持續兩天，由三階段組成：評論分析、願景建立、行動計畫。這些階段和分組會議、全體會議交錯進行。在評論分析階段，參與者按照自己原本的社會角色，被分派到由同一角色構成的小組（角色小組）中。他們在各自的小組中，根據自己以往的經驗與從可閱讀資料獲得的知識，評論主辦單位提供的劇本。這些評論可以是正面的肯定，也可以是負面的批評。參與者並利用這些評論，和同一小組的其他成員相互討論，建立初步的願景。稍後，參與者將這些初步願景帶到全體會議中，進行報告與討論，最後建構全體參與者的共同願景。這是第一天的議程。到了第二天，參與者再度被分到不同的小組中，不過這次是依照主題加以分類。換句話說，每一個主題小組都由社會角色不同的參與者構成。同一小組的參與者根據主題，指出共同願景可能遇到的阻礙，以及可行的解決之道（行動計畫）。接下來在全體會議中，參與者就這些行動計畫進行報告與討論，並透過投票決定它們的優先順序。最後，主辦單位召開記者會，將這次願景工作坊所決定的優先行動計畫告知公眾與政府相關單位（林國明、黃東益 2004: 219-220）。

四、審議式民調

（1）背景

審議式民調（Deliberative Polling）這個概念由費什金（James Fishkin）於 1988 年創造出來，並於 90 年代大量實作的民意調查模式（Fishkin）。在美國，公民通常很少知道與公共政策相關的訊息，並因此傳統的民意調查只能呈現公民對於公

⁹ 請見 Workshop Methods，底下的介紹將以此為本。

¹⁰ 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。

共政策的表面態度 (Fishkin)。因此，不論是公民或政策制定者（行政官員或國會議員），實際上都無法了解彼此的理性意見。在這樣的社會脈絡下，費什金提出審議式民調概念，藉由其獨特的方法，來解決這些問題。

審議式民調這個概念結合了審議民主與一般民調所具有的優點。審議民主強調的是審議精神，也就是一群知情的公民就某一與自身相關的議題進行理性的討論；而民意調查則強調以嚴格的抽樣方式選出具代表性的一群人，並就某些議題徵詢他們的意見。將這兩者結合起來就意味著一群具代表性且知情的公民就某些議題進行理性討論，並在討論後徵詢他們對同一議題的意見。這可以避開傳統民意調查的缺點（黃東益 2000: 3-4; 2003: 63-65; 2004: 59-60; Luskin et al. 2002: 456-458）。傳統民意調查雖然因高度代表性以及由此所帶來的公民參與而為人稱道，但由於它並不要求公民在表達意見前先了解相關議題並就這些議題進行理性討論，因此公民實際上處於理性無知的狀態，即便態度表達出來了，也是一種 Converse 所說的無態度。這一點本質上將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區別開來。後者最大的優點就在於它不僅僅是高代表性的（林國明、黃東益 2004: 232），也是更為深刻的。說它是更為深刻的，乃因此種民調在徵詢民眾意見前會先讓民眾具有相關議題的背景知識，並將這些已知情的民眾聚集一地，公開和理性地審議這些議題。由此所得出的集體意見與在理性無知下得出的集體意見具有顯著差異（黃東益 2000: 5; 2003: 77-89; Fishkin; Luskin et al. 2002: 458）。另外，與公民陪審團、計畫團相同的是，為了確保執行的品質，費什金也將 Deliberative Polling 註冊為商標，而由這個商標而來的收入也被費什金所領導的審議民主中心（Center for Deliberative Democracy）用來支持研究的進行（Fishkin）。

審議民主中心的前身為審議式民調中心 (Center for Deliberative Polling)，¹¹由費什金於 1996 年在德州大學奧斯汀分校成立。該中心致力於實踐審議式民調，並分析由此所取得的民意。稍後在 2003 年 9 月，該中心移往史丹佛大學，並更名為審議民主中心。這個新的機構也同樣致力於實踐審議式民調並分析相關民意。到目前為止，審議式民調已經在美國本土以及海外舉辦超過 22 次。除了美國以外，英國舉辦了 5 次全國型審議式民調，澳大利亞舉辦了 2 次，而丹麥、北愛爾蘭、義大利、希臘與中國也都分別舉辦 1 次。¹²根據我們蒐集的資料，連保加利亞也曾經舉辦過審議式民調。顯然，這種公民參與模式在舉辦次數與公民陪審團與願景工作坊有相當大的落差。也許這是審議式民調的所需金額與人力運用非常龐大的緣故，光是金額就高達 500 萬到 1000 萬元（林國明、黃東益 2004: 233）。

（2）操作程序

現在讓我們簡單介紹一下審議式民調的一般執行政序。¹³在進行審議式民調前，會先成立一個執行委員會，成員通常是由媒體、民調機構、以及費什金所領導的審議民主中心等組成。這些成員分別負責不同的活動：媒體負責審議活動的宣傳與轉播，民調機構負責設計問卷、前測以及參與者遴選，審議民主中心負責審議活動的設計。在審議進行前，通常會由民調機構進行前測。它按照分層抽樣

¹¹ 以下對審議式民調歷史的介紹乃摘自 Fishkin。

¹² 統計自審議民主中心網站：<http://cdd.stanford.edu/>。

¹³ 底下的介紹主要參考黃東益（2003）和 Ruskin and Fishkin（2005）。

的方式抽出具代表性的全國樣本，並針對這些樣本進行電訪或面訪，以取得他們對問卷各項題目的意見。與此同時，訪員也會詢問他們參與審議活動的意願。

問卷完成後一至兩個月內，主辦單位邀請有意願參與的受訪者至一地參與共同審議。通常，參與者的人數在 200 至 500 人左右，時間則是星期五晚上至星期日中午。參與者事先會取得主辦單位提供的可閱讀資料，內容包含與這次議題有關的背景知識、各種不同立場的陳述。他們閱讀這些資料，以便成為知情的公民。審議進行前，主辦單位會介紹這次活動的任務，並播放與議題相關的錄影帶。在審議的過程中，參與者被隨機分派到某個小組中，這個小組的成員互相討論該次審議所設定的議題。每個小組都有一位主辦單位訓練出來的主持人協助組員討論。小組會議結束後，全體參與者針對小組會議提出的疑問詢問相關專家學者與政治人物。整個審議活動由媒體現場轉播或製播成數小時影帶於稍後播送至全國。審議結束後，參與者再回答一份與前測相同的問卷（後測）。同時，曾經接受過前測但沒有參與的受訪者也再次回答與前測相同的問卷。另外，主辦單位也會隨機抽出一組獨立的全國性樣本，這組樣本中的人既沒接受過前測，也沒有參與審議，但他們也會在參與者結束審議時接受問卷調查，此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刻意安排的準控制組，以便能夠與進行審議的樣本（準實驗組）相比較，確定審議者的意見有無顯著變化以及若有變化，這些變化是否起因於審議活動而非外部干擾。這些樣本之所以是近似而非真正的實驗組與控制組，乃是因為受訪者並非被隨機分派到實驗組與控制組，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差距。就此而言，審議式民調是一種準實驗設計。

第五節 四種審議式公民參與模式的比較

以上我們介紹了公民會議、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。不同的參與模式有著不同的特性、適用範圍與限制。以下說明這四種審議民主公民參與模式特性差異。

一、模式特性的差異

讓我們試圖歸納一下四種參與模式在參與者類型、取得資訊、程序規則和意見產出的差異。

（一）、參與者特性：在參與主體面向上，公民會議、公民陪審團和審議式民調的參與主體皆為一般民眾；而願景工作坊的參與主體除了一般民眾，還包含利益團體、專家和政府官員。在主動參與方面，公民會議和願景工作坊（民眾部分）可主動報名，經挑選取後參加；而審議式民調和公民陪審團的參與者則是被動受邀參加。在參與者人數上，審議式民調人數最多，可達 1000 人，一般多為 150 人至 200 人；願景工作坊參與人數介於 20 人至 60 人，一般都為 20 人至 30 人；公民會議和公民陪審團的參與人數接近，大致介於 10 人至 20 人之間。最後，就參與者的代表性而言，公民會議在挑選參與者時，雖然沒有採取隨機樣本，但會考慮背景的異質性，因此稍具人口背景的代表性。公民陪審團和審議式民調因為是透過隨機樣本的抽樣，人口背景的代表性是比較高的，審議式民調因參與人數較多，代表性更高。一願景工作坊因為容納利益團體的代表，所以具有

利益團體代表性。

(二)、取得資訊：公民會議與公民陪審團召開的時間較常，皆有高度的討論機會與時間；而願景工作坊和審議式民調的會議時間較短，討論機會較為欠缺。而在提供參與者資訊豐富程度方面，公民會議與公民陪審團兩種模式因討論時間較長，所能提供給參與者意見的程度高，特別是公民會議可能還透過專家授課的方式，參與者對於政策意見的認識會更為深入。相較之下，願景工作坊和審議式民調所提供的資訊較少。審議式民調進行時間較短，只有主辦單位所準備的資料以及專家回答問題，所以參與者所能得到的資訊相對較弱，另外，願景工作坊主要是從參與者的討論來取得資訊，主辦單位主動提供的資訊漸為欠缺。不過，在與專家/政府官員對話及質疑論點的機會上，因為願景工作坊邀請專家、政府官員與民眾一起討論政策的願景與問題，所以對話與質疑論點的機會是最高；其次為公民會議和公民陪審團；審議式民調的機會則較低。

(三)、程序規則：在參與者設定議程的主控權方面，公民會議可由參與者自行制訂討論議題；願景工作坊則是由參與者去建構願景並根據願景擬定行動方案，所以這兩種模式有較高的議題設定的可能性；公民陪審團是根據主辦單位所提供的主題去進行討論，但發言者在主題下仍可設定他們想要討論的議題，所以在設定議題的主控權上為中度；審議式民調對於議題設定的主控權是比較低的，因為是先有選擇的項目，最後再從這些選項中去表達意見。在就程序的彈性而言，四種公民參與模式在參與人數和天數的變異性方面，有程度之差。一般說來，公民會議的彈性最低。公民會議的參與人數多在 10 至 20 人，人數不多，變異範圍也就有限。公民會議的標準程序，通常包括兩次共四天的預備會議和三到天的正式會議；有些執行經驗雖然將預備會議減為一次兩天，但正式會議都維持三到四天，很少有低於三天者。審議民調和公民陪審團的程序彈性，屬於中度。審議式民調的參與人數比較有彈性，從一百多人到一千人不等，但參與天數的彈性較小，大都為三天。公民陪審團則是參與人數變異小（都為 12 至 20 人），但參與天數差別大（三到九天不等）。願景工作坊的程序彈性頗大，參與人數從 20 人到 60 人，參與天數從 1 到 3 天不等。

(四)、意見產出：公民會議、願景工作坊和公民陪審團皆需要形成書面結論；而審議式民調則不需形成書面結論。在產出的形式上，公民會議、公民陪審團是形成政策的建議；願景工作坊則是形成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佈。在是否需達成共識方面，公民會議和公民陪審團都需要形成共識；願景工作坊對於共識的要求較弱，但會共同去討論願景是什麼，所以還是有一些共識形成；審議式民調則不需要形成共識。

表 2-2 四種公民參與模式之差異

公民參與模式 差異面向		公民會議	審議式 民調	公民 陪審團	願景 工作坊
參與者特質	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	可主動 報名	被動受邀	被動受邀	一般民眾可 主動報名， 其餘被動受 邀
	人口代表性	較低	最高	稍高	較低，但 社會團體代 表性高
	參與規模	10-20	150-1000	12-20	20-60
取得資訊	參與時間長度	最長	短	中度	短
	提供閱讀資料	豐富	較少	較少	較少
	專家介紹議題	最周延	較短	周延	較短
	與政府、團體 代表及專家對 話並質疑論點	高	較低	高	最高
程序規則	主動設定議程	最高	最低	中低	高
	議程彈性	最低	中度	中度	最高
意見產出	結論形式	書面結論	意見分佈	書面結論	書面結論
	形成共識	是	否	是	較弱
組織成本	進行天數	5-8 (標準 7)	1-3 (標準 3)	3-9 (標準 5)	1-3 (標準 2)
	預估經費	150 萬- 200 萬	200 萬- 1000 萬	150 萬- 200 萬	100 萬- 160 萬

二、審議式公民參與模式和議題特性的關聯

表 2-2 比較四種審議式公民參與模式在參與者特性、取得資訊、程序規則、意見產出，以及組織成本的差異。從以上的比較，我們可以綜合參與模式的特質（成本除外），來評估他們適用於什麼議題。

（一）、公民會議：公民會議召開的時間較常，參與者討論機會與時間較為充分，而且提供閱讀資料與專家授課，並邀請不同立場的專家/政府官員與參與者對話，由於資訊較為充分，參與者對問題的瞭解較為深入。公民會議的參與者可以自行設定議題，針對問題的解決方案，形成共識，以書面做成政策建議。這些特質，使公民會議適合討論政策發展初期，範圍較為寬廣，具有高度技術複雜性和基本價值議題。

(二)、公民陪審團：公民陪審團在許多特性上與公民會議相近，主要的差別在於參與者的人口特質較具代表性，以及參與者設定議題的主動性較低，適合用來討論議題形成中期，已有特定政策方案，但同時牽涉到技術複雜性和價值衝突的議題。

(三)、願景工作坊的特性，使其適用於長期規劃的議題。這類型的議題通常範圍較廣，可是寬廣的議題，需要較為豐富的資訊和討論機會，可是，願景工作坊的召開時間通常很短——短則一天，資訊的提供受到限制，不過，願景工作坊所獨有的官員、學者、社會團體代表和一般民眾一起平起平坐地討論所能提供的資訊豐富程度，可彌補時間過短造成的限制。如果願景工作坊的議題牽涉到較高的技術複雜性和較強的價值衝突，應該在操作上盡量克服資訊不足的限制。

(四)、審議式民調：審議式民調將參與者當作是代表性樣本，透過問卷調查的方式，呈現參與者經過討論之後對特定政策選項的態度分佈。這種公民參與模式特別適用於政策發展晚期，以及形成明確方案，政策選項特定的議題。不過，由於審議式民調提供的資訊有欠豐富，議題的性質如果牽涉到高度技術複雜性和基本價值衝突的，應考慮資訊限制的問題，可以改採公民陪審團的模式進行。

表 2-3 議題特性與公民參與模式的關係

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
公民會議	初期	寬廣	高	高
公民陪審團	初期或中期	特定	中到高	高
審議式民調	後期	特定	低	低
願景工作坊	長遠規劃	寬廣	中到低	中到低

在選擇適合的參與模式，還有成本上的考量。除了上述面向的差異之外，不同參與模式在組織成本上也有差異。一般來說，在推估成本時，一般說來，有幾個因素是很重要的。

1. 參與人數與天數：食宿、交通補助和出席費，都受到參與人數和天數所影響，所以，參與人數與天數愈多，成本愈高，這是顯而易見的。人數與天數的變異，與程序彈性有關。
2. 資訊豐富程度：是否提供議題手冊，有無邀請專家授課與對話。
3. 人口代表性：對人口代表性的要求，在兩方面影響成本。首先，需要花費調查費進行隨機樣本訪談；其次是要求較多的參與人數。
4. 籌備時間：較為複雜的議題，需要較長的時間進行籌備，人事費用和行政成本也較高。

人口代表性需要較多的參與人數，因此也需要較高的成本。如果政府部門的

成本有限，可能就不宜採用需要具有人口代表性的參與工作。參與天數和資訊取得的豐富程度有關，而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。因此，對於範圍廣、技複雜和價值衝突高的議題，通常需要提高參與天數並增加資訊的豐富程度。但提高參與天數，以及增加資訊的豐富程度，需要增加經費，必須評估組織成本。也就是說，如果政府單位需要使用成本較低的參與工具時，應該就議題範圍比較限定、技術複雜度和價值衝突較低的議題進行參與。

三、民意調查、公聽會、法人論壇與公民論壇

以上所討論審議模式的公民參與，所需要花費的成本都很高。雖然政府部門基於成本的考量，可能採取某些彈性調整操作程序的方式，來降低審議成本，如減少參與的人數、天數、資訊豐富程度和籌備時間。不過，在成本考量下，政府是否可能採取「非審議」的公民參與模式，或將這些「非審議」的公民參與模式轉化成具有審議特質的公民參與？

公聽會和民意調查是政府部門最常會用的非審議的「公民參與」模式。公聽會是在決策過程中邀請相關利害當事人陳述意見的參與模式，廣泛應用在我國許多政策領域，包括健保。公聽會讓利益攸關的公眾能夠表達對政策的意見，對於政府部門瞭解政策推動的過程，可能遇到什麼阻力，有相當的幫助。但公聽會有些明顯的缺點。Daniel J. Fiorino（1990）早期的研究即指出，公聽會的參與對象，常是特殊利益和優勢團體，程序和議題是由政府部門主導，結構鬆散，提供的資訊內容貧乏，政府部門也不會積極去回應公聽會上的意見。政府機構舉辦公聽會的目的，通常是製造參與的假象以及滿足程序的要求。國內有些針對公聽會的研究，呼應了Fiorino的批評（湯儒彥 2015）。相較於公聽會的參與對象侷限在特殊利益團體，民意調查可以透過代表性的樣本，來瞭解民意。Lester Mibrath（1981）的經典研究甚至認為民調是公民參與的重要途徑。他認為，透過代表性樣本，完善設計、執行和詮釋的民調資料，可以瞭解民眾的價值與態度。不過，他也建議，政策決定者，必須與設計問卷的研究者緊密合作，才能使問卷設計，問到政策決策過程中核心關鍵的問題。

相較於之前介紹的審議式公民參與模式，公聽會和民意調查都是成本較低的蒐集民意的模式。在成本的考量下，如果健保政策議題，牽涉到明確的社會團體的利益，政府部門想要瞭解這些團體的意見以加以回應，化解政策推動的阻力，是可以考慮採取公聽會的傳統模式；如果政府有明確、清楚的政策選項，且需要即時瞭解民眾對這些政策選項的支持程度，可以考慮使用民意調查，但是，在問卷設計上，應該適當提供訊息和議題的背景，讓民眾不至於盲目作答；另外，政府部門不宜將問卷設計、執行與分析完全委外處理，決策部門和問卷執行機構密切的溝通合作，使民意調查能夠貼近政策決定所要理解的民意。

不過，從審議的角度來說，公聽會並不符合「知情」、「對話」與「形成績體意見」的審議要素；民意調查雖然可以形成集體的意見分布，但民眾缺乏知情討論與對話的機會。我們建議以下的方式，可以在低成本的考量下，補充公聽會和

民意調查的不足。

其中，「法人論壇」可以作為公聽會的擴充和替代方案。「法人論壇」是二代健保規劃小組發展出來，結合「審議式民調」和「公民會議」的參與模式。行政院二代健保規劃小組於2001年至2004年動員學者專家研擬全民健保的結構改革。改革的主軸包括建立公平的財務負擔和擴大社會參與。在財務負擔方面，改革重點在於廢除現行職業分類的保費計算方式，而以家戶總所得來計徵保費。為了了解社會團體對二代健保財務改革的意見，二代健保規劃小組的公民參與組，以「全民健保保費新制方案規劃」為主題於2003年8月28和29日舉辦以社會團體為參與者的「法人論壇」（鄧宗業 2004；鄧宗業、吳嘉苓 2004）。

以下對法人論壇的操作程序作介紹。「法人論壇」的參與者，是與全民健保財務改革相關的社會團體為主，邀請醫事、勞工、社會福利和病患團體參加。總共有54個團體推派74位團體代表參加了法人論壇，其中，有51人全程參與兩天的審議活動。參與者幾乎涵蓋了健保政策領域所有相關的重要團體。

會議之前，先寄發協助參與者了解議題的閱讀資料。論壇共舉行兩天。第一天的討論議題是「保費計費基礎與繳費方式的改變」，第二天的討論議題是「被保險人、雇主與政府保費負擔方式」。論壇第一天，參與者先做問卷調查。問卷內容除了個人和所屬團體的基本資訊之外，還包括對全民健保相關議題的知識；以及對於本次論壇所要討論的議題和政策方案的意見。做完問卷之後，先由專家介紹法人論壇和公民論壇的原理與運作程序，包括其所奠基的審議民主理念，接著由專家學者做「議題介紹」，說明第一天所要討論的議題及其方案選項。之後進行「第一階段小組討論」。法人論壇分成醫事、勞工、社福和病患四組。每個小組針對會議主題進行初步討論，並提出想要詢問專家學者的問題；各組都設1位嫻熟公共討論的主持人，協助進行討論。接著是「專家詢答」，四組參與者齊聚一堂，提出各組問題，由3位專家學者回答。聽完專家詢答之後，各組進行「第二階段小組討論」，試圖形成初步的小組結論。各組盡量形成共識；如果無法形成共識，則提出「少數意見」與「多數意見」，並闡明理由。

第二天論壇的進行方式與第一天相同。會議結束前，所有參與者再進行一次問卷調查（後測）。後測問卷有些題目與前測問卷相同，如健保知識、對討論議題和政策選項的意見，以了解參加會議前後的變化；除此之外，也探問參與者對審議論壇的參與過程，以及對公共審議模式的評價。

法人論壇和公聽會都是以社會團體作為參與對象，但是與公聽會比較，法人論壇具有審議的要素。從「誰來審議」來說，法人論壇試圖涵蓋特定政策領域所有相關重要的團體；從「如何審議」來說，透過閱讀資料、專家議題介紹和議題詢答，使參與者具有相當的資訊瞭解政策議題；透過兩階段的小組討論，讓參與者能夠相互對話；就「審議結果」來說，透過問卷調查，瞭解個別參與者對政策議題的意見分布，透過小組結論，瞭解特定群體對政策議題的整體意見。

除了「法人論壇」，二代健保規劃小組也發展「公民論壇」的參與模式。「公民論壇」的操作程序與「法人論壇」類似，差別在於，參與者是以一般民眾為對

象。招募與抽選參與民眾的過程，可以顧及代表性¹⁴。因此，「公民論壇」可以作為「民意調查」的補充或替代方案，盡量抽選樣本數不大，但具有代表性的參與者，進行知情的討論與對話。

「法人論壇」和「民意論壇」在參與天數和人數都有彈性。二代健保公民參與組所進行的「法人論壇」和「民意論壇」是兩天的方式進行，但視議題性質，也可以採取一天或半天的方式，以符合成本考量。

以上討論了不同的審議式公民參與模式適用於哪種特性的議題，下章將介紹與收支連動相關的領域中，有哪些重大議題，特性為何，適合使用何種公民參與模式。

¹⁴二代健保「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。

第三章、收支連動重大議題與審議模式

本章將介紹與收支連動相關，適合做為公民參與的重大議題，並建議適當的公民參與模式。職掌收支連動的健保會，其法定任務，包括辦理保險費率與保險給付範圍之審議、總額之對等協議訂定與分配、保險政策與法規之研究及諮詢、保險業務之監理等。健保法規定，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。本計畫透過深度訪談 20 位相關人士，並舉辦六場諮詢座談會，邀請共 30 位專家出席，瞭解他們對於哪些重要視像需要公民參與的意見。根據受訪者和諮詢專家的議題，本計畫提出一些重要的，值得發動公民參與的議題，以及舉辦公民參與的政策建議。

第一節 適合公民參與的重大議題

一、長期政策規劃與整體資源配置

衛福部每年 4 月中旬會擬訂「全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)」，並諮詢健保會意見。總額範圍會擬定成長率的低推估值和高推估值。低推估值以「人口結構改變對醫療服務點數之影響率」、「醫療服務成本指數改變率」及「投保人口預估成長率」等客觀的成長因素及公式計算而得，又稱非協商因素。高推估值以政策推動對醫療費用之影響為主，並參考各部門總額相關醫界團體所提成長率目標值及內容，及民眾付費能力，包含：總體經濟情勢、整體醫療保健支出等作為調整因素，再加上低推估值計算而得。也就是說，政策目標、醫界的要求和民眾的付費能力（與意願），影響費用總額擬定。

健保會委員對「全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)」是分別由付費者委員，醫事服務提供者委員，以及專家學者與公正人士委員三組提出建立，並沒有全體會議的整合。例如，以 2017 年為例，健保會委員提供諮詢的重點意見如：（一）付費者委員建議，宜整體考量全民健保財務收支情形，並優先考量民眾付費能力，參酌相關參考指標，再行評估、調整。（二）醫事服務提供者委員建議，人力與醫療服務成本息息相關，醫療院所配合一例一休，將造成人事成本增加，建議總額應因應調高。（三）專家學者與公正人士委員建議，歷年低推估之「醫療服務成本指數改變率」，已包含人事、藥品、醫療材料、基本營業及其他營業等費用，對於增加護理人員、行政人員、醫務管理人員所需預算項目，應留意是否有重複編列之虞（健保會 2017：35）。

有健保會委員指出，這樣的諮詢過程產生幾個問題。首先，衛福部提出的總額範圍，涉及政策目標，但都是當年期要做的事，缺乏長期的政策規劃和目標，無法從整體資源配置的觀點，來評估因應個別的政策方案所做的費用調整是否合理。其次，健保會提出的意見，是由三種不同身份的委員分組提出，缺乏整合。如果能夠有公民參與的機制，形成長期的政策願景和目標，健保會委員的諮詢意見，比較有方向。受訪者指出：

健保會委員在針對總額的範圍提供諮詢意見時，較容易會遇到的問題是，談的都是就是衛福部提出來的是當期的東西，這一年看到這個東西通常就是明年要做的事情，花的費用，但它沒有長期的目標。如果我們能夠藉由公民

參與，能夠有一個五年或十年的目標，是大家同意的，這個時候整個健保會，包含這三方（付費者、醫療提供者和學者專家），在給建議的時候，它是在同一個目標，來考量這一年應該做到甚麼程度，所以應該花多少錢比較合理，而不是只是就現在的的東西大家在那邊做拉鋸啦。這個通常大家就變成會有衝突，如果那個長遠的目標在那裡，我們每年的進度有在走，你要做那件事情，你要花多少錢或是會節省多少錢，大家就比較會有共同的方向，大家會就那個方向去討論，而不是他有他的想法、他有他的想法，這些委員、與會者的意見反映就會在這個框架之下，然後就今年提的這個我們覺得夠或不夠，要不要加一點或減一點，應該增加哪些工作、或是哪些工作應該慢慢要收尾了。所以我們應該有公民參與去討論一個社會接受的方向，那健保會這邊就等於是有點代為操作，跟政府一起把這個目標完成，這樣，公民參與跟整體政策結合，那這樣整個推起來在共識上就會更好一點，不然可能大家都各自自己想。

其他受訪者，以及諮詢會議的參與者，也呼應這位健保會委員的想法。例如針對分級醫療，106 年度的總額範圍的擬定，增加 2.58 億來鼓勵院所建立雙向轉診的合作機制。但有健保會委員指出，應該先有個「我們要什麼樣的分級醫療制度」的上位架構和長期政策，才能評估這種增加支出的策略和額度是否恰當。

像不經轉診是否要加重部分負擔，怎麼加強基層診所和醫院的合作，這些應該是稱作方案或策略，可是，到底我們分級醫療的整體性的，長期性的政策是什麼？是不是要走家庭醫師制度？用家庭醫師做守門人，一定要經過轉診才能去醫院。還是我們繼續允許民眾自由就醫？我們要先由這樣的整體政策，才知道分級醫療到底要採哪種策略？才能評估當期的作法和資源配置是否恰當？

這種屬於長期規劃的，涉及整體資源配置的議題，範圍非常廣，所以比較適合用願景工作坊的參與模式來進行。

二、分級醫療

分級醫療是許多受訪者以及參加諮詢座談會的專家所提到的，適合做為公民參與的議題。這有幾個原因。首先，因為公民參與的成本很高，如某位專家在諮詢座談中指出的，「要勞師動眾，做很多的可閱讀資料，還要很多天，所以議題應該是要很重大的，涉及到健保的長治久安，不管是財務健全或醫療體系的運作。」分級醫療便是影響健保「長治久安」的議題。如某位在醫學中心任職的健保會委員在受訪中指出，分級醫療要解決的是臺灣醫療體系「根本的大問題」，病人擠滿醫學中心的門診，使醫學中心無法運用充裕資源妥善地照顧重急症的病人。這樣的資源配置模式，不但無法使不同層級的醫療院所適當發揮功能，也因資源使用缺乏效率，影響健保財務的健全。如某位專家指出，「分級醫療非做不可，落實分級醫療才能去矯正醫療體系頭重腳輕，整個醫學中心的肥大化，基層診所萎縮的情況」。但分級醫療的落實，如提高醫學中心急重症的支付，提高基層服務的量能，都將提高醫療費用總額，也涉及民眾的付費能力與意願。其次，分級醫療議題，也涉及民眾行為的改變。這樣的議題，尤其需要民眾的參與。如專家所指出的：

如果你要積極去落實轉診制度，逼大家去改變自己的行為，不要大病小病都先往自己信任的醫學中心跑，而是有一些守門人，有一些比較社區的照護的話，那會對於分級醫療的落實有幫助。那你要做這個決定，不管是健保會委員，甚至是立法院，可能都不是很適合，或者，訂了辦法之後沒有辦法落實，因為它牽涉到民眾行為需要改變，必須他們接受，所以你必須要透過公民參與來瞭解，民眾是否有可能改變行為，什麼改變行為的政策是他們可以接受的。

目前，衛福部和健保署推出落實分級醫療的六大政策（請見本報告附錄五中的分級醫療公民審議會議閱讀資料），有些策略，涉及民眾行為的改變，例如，沒有經過轉診到醫學中心看診要加重部分負擔。但這些策略是否真的能改改變民眾行為？專家指出：

我們（在推動分級醫療時）都一直把 focus 放在消費者行為的改變上面，可是改變消費者行為最好的方式，就是，當你醫療體系改變的方向對了，民眾的行為就改變了。民眾一定是選擇對他最有利的方式去就醫嘛，如果醫療體系本身有更好的垂直整合的時候，他覺得去社區診所門診又省錢又方便的時候，他自然就是去社區門診，他自然就不會到醫院去。我們的分級醫療一直想要叫民眾做這個做那個，可是醫療體系不去整合成一個最友善環境，民眾的行為是不會改變。在民眾眼裡，有時候轉診是反而是沒有效率的。你先去看一下社區門診，再轉到醫院，不管在時間上還是金錢成本，都是更沒有效率。以前勞工團體抗議轉診制度，有句話說：「小間轉大間，轉來轉去轉去太平間。」你不要輕忽這句話，民眾會這樣講，不是沒有道理的，你要去瞭解他們的思維，他們的行為習性。

受訪者與諮詢座談的專家以為，透過公民參與可瞭解「需要改變民眾行為的政策是否可行」。以分級醫療來說，「為什麼民眾會願意花那麼多的時間去醫學中心排隊去掛號？為什麼不去基層診所看？民眾的擔心是什麼？什麼情況民眾願意去診所去看。」假設民眾能透過公民參與將他們的想法、期待表達出來，瞭解民眾在想什麼，研擬的政策才有落實的可行性。

分級醫療的議題涉及不同的層次。有可能是上面所講的「上位概念」或願景，涉及長期政策和整體資源配置的議題。這類範圍廣大的議題，適合用願景工作坊的模式。或者，是推動策略的政策議題，進行討論。例如，針對民眾，應該採用什麼的策略來推動分級醫療——提高未經轉診加重部分負擔的金額？如何提升民眾就醫的資訊和自我照護的知能？以及，針對醫療院所應該採取什麼策略——如何要求醫學中心減少門診量？如何充實基層診所服務的量能？如何加強診所和醫院的合作？這些推動策略的議題，範圍相對明確，但複雜度高，可以採用公民陪審團的模式。也有可能是單一的策略。例如，是否要以加重部分負擔的方式來推動轉診？額度多少？或者，否要實施家庭醫師制度？這類單一議題範圍較小，且可能有明確的方案選項，可以透過審議式民調來來瞭解民眾對不同選項的支持程度。

三、給付項目與給付範圍

在資源限制的條件下，如何對各種競爭性的醫療需求設定資源配置的優先順序（priority setting），這是任何公共醫療體系都必須面對的問題。公共醫療保險體系，在「資源有限、需求無窮」的情況下，大都會採取一些限制給付的作法。限制給付的作法，總會引起爭議。誰來決定哪些服務項目，是「免費」的，由社會集體來負擔，哪些是要自費的，留由市場機制來決定。為什麼有些人群所需要的服務項目，要被排除？為什麼我們把比較多的集體資源，花在特定項目，其他項目分得的資源卻很少？到底我們是使用什麼基準，來決定要把公共的資源花在哪些醫療服務項目？又是由誰來決定資源配置的優先順序呢？這些問題經常在限制給付的爭議中出現。也因此，在我們的訪談和舉辦諮詢座談的過程中，健保會委員和專家經常提到，給付的範圍，以及某些項目是否納入健保給付，可以做為公民參與的題目。其中，被提到最多的給付爭議，是新藥新科技如何納入健保給付的問題。

（1）新藥新科技納入健保給付

許多受訪者和專家指出，新藥、新科技納入健保給付的問題，對民眾來說具有「切身感」，因為它凸顯「需求無限，資源有限」的困難選擇。如某位專家所言，「當台灣越來越老，可是醫藥的進步越來越快，你看到新藥在那裡，但進不來（無法納入健保給付），因為大家擔心會有排擠效應。」如果整體預算能夠增加，新藥納入給付就不會產生排擠效應。可是，資源的擴充，總是有限，而且，總體預算的增加，涉及民眾付費的意願，有政治上的難度，但新藥和新的醫療器材卻不斷推陳出新。新藥納入涉及的排擠效應，就是在財務限制下資源配置的優先順序問題。這樣的問題，應該由民眾來討論。如某位專家在諮詢座談會上所言：

我覺得新藥新科技的加入應該是適合做為公民參與的議題，因為大部分的民眾不瞭解，你問民眾新藥要不要納入健保給付，大概問一百個一百個都說支持，但是當他了解到新藥新科技納入健保會有資源排擠的效益，還有造成財務負擔之後，他們就會希望一個有好的機制來決定怎麼讓這些新藥能夠逐漸進來，而不是什麼都進來。

到底，我們在決定新藥是否納入給付？決策的評斷基準是什麼？目前，新藥是否納入全民健保的給付範圍，是由「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」來討論決定。討論時，會參考財團法人醫藥品查驗中心(CDE)所提出的醫療科技評估報告。醫療評估報告中，通常包括幾個部分：（一）療效評估：如疾病治療現況、疾病治療藥品於我國之收載現況，以及療效評估的相關實證資料；（二）經濟評估：主要是疾病負擔與財務影響。也就是說，醫療科技評估著重的是療效和經濟的面向。可是，新藥納入給付的根本問題，是哪些疾病的治療或哪些人的照護，是必須優先使用公共資源來挹注的？這問題所牽涉到的，是廣泛的社會價值的選擇，不只是療效與財務層面的問題而已。但我們的健保體系中，有關新藥是否鍵入給付，都只著重在療效與財務後果，但背後隱含的社會價值，並沒有清楚地表述、溝通，並將這些價值作為基準，來引導選擇。

2017年，臺大社會系接受財團法人醫藥品查驗中心(CDE)委託，召開「新藥納入健保給付」的公民審議會議。對於在新藥納入健保給付時，應該考慮哪些社會價值因素，與會公民經過審議後，在共識結論中提出五大原則：第一個是要考量藥物的安全及療效。第二個是成本效益。第三個是平等與保障弱勢。第四個

是重視病患生活品質。第五個是救命與急迫性。公民小組同時決定這五個不要排序。因為公民們認為，這五個價值同樣重要，如果排序，將在個案決定時失去彈性。

不過，參加本計畫諮詢座談的專家們認為，如果價值原則不加以排序的話，在個案決定時，還是會面臨選擇的困難問題。如某位健保會委員所言：

像癌症的免疫藥物，到底是死亡率最高的應該先給付呢？還是說從來沒有好的藥物的這一群要先被給付？譬如說，如果原則是救命的藥要先優先，可是對癌症病人來說這些全部都是救命的藥，但不同的癌症病友，他們認為他的應該先給付，因為他們十幾二十年來都沒有新藥；那有些人就說應該死亡率最高的，譬如說肺癌死亡率最高，所以肺癌的應該先給付。像這樣子的爭論性是很多的。療效的原則和救命的原則排在一起，哪一個優先？你雖然有一些原則出來，但真正在決策的時候，遇到有些人要去爭取誰的藥可已納入的時候，真的是一個很大很大的困難。

其他參加諮詢座談的專家也認為，這些社會價值原則必須要排序：

大部分的東西我們都會有原則，但是在做實際決定的時候，你永遠都會有取捨，涉及生命的取捨，好像在扮演上帝！如果真的要扮演上帝的時候，這個壓力又太大。所以這個時候或許也只能夠交由像類似審議式的公民參與，比較多人的來共同來做，避免決策上的盲點的存在。

因此參與諮詢座談的專家認為，應該可以進行審議式的民調，對社會價值的優先順序進行排序。

（2）藥品差額負擔

也有健保會委員認為，昂貴的新藥納入健保給付速度很慢，因為財務衝擊大，因此常有病友團體反應，希望採取「差額負擔」的方式，亦即健保只給付一定比率或數額的費用，其他由病患自費，如此可以減少健保的財務衝擊，並降低民眾自費的負擔。二代健保修法時，藥品差額負擔有納入修法考量，但最後立法院決議採取穩健作法，先納入醫療器材，以後再考量藥品差額負擔。但藥品採取差額負擔的作法，爭議很大。有昂貴的癌症新藥來說，有人會擔心，一旦採取差額負擔，可能更加延緩納入健保全額給付的時間；也可能只補助了有能力可以自費的病人，並不公平。但健保會委員認為這樣的議題，是可以由公民來進行審議的：

關於癌症新藥，健保的給付速度比較慢，因為它的財務衝擊真的很大，其實順利通過的機會是相對的低，但病友團體對於突破性的新藥，是非常的期待。可是我們也知道健保的財務有限的資源，要很迅速的去給付這麼昂貴的突破性新藥，真的有它實質上的困難，所以有一些病友他們就說那麼可不可以自己負擔一部分，有機會的去用到這種對他們的治療上是非常有治療契機的用藥。他們說那我自已付百分之二十或百分之三十。否則，很多新藥進來了，民眾經濟能力好一點的人可以，經濟弱勢的人他就是看得到用不到，對他們來講是一個心理上更大的挫折，明明知道醫生跟他講，對你來講現在只剩下這個藥，可是就是要自費，自費一個療程要四十萬，你要幾個療程？那真的是很掙扎的事情。當然（藥品差額負擔）這個議題這是一個爭議性很大的大的議題，但我們可以讓民眾來討論看看。

（3）個別給付項目

也有受訪者和參加諮詢座談的專家指出，健保法 51 條規定不給付的一些項目，例如預防接種（施打疫苗）和醫生指示用藥，但目前仍在給付範圍內。因為行之有年，如果依法排除在給付範圍，可能引起民眾反彈。這樣的給付議題，應該可以進行公民審議。如專家指出：

我們健保法第 51 條規定指示用藥給付，但是現在都一直都有給付嘛。我們知道健保財務有危機，我們就在想到怎麼開源跟節流，那開源就是漲健保費嘛，那在節流方式，是不是把依法不給付的項目排除掉，可以省下不少錢。關於醫師指示用藥，我們有逐漸的縮減，但現在還是有 900 多項是有給付的，那一年的話，可能就是 17 億。如果我們不給付的話，可能一年就可以節省 17 億。這當然會有爭議，以前是不用錢的，那你現在要民眾拿錢出來，民眾就會不滿，而且對於病友來講，這個指示用藥，是他們長期需要必備的藥品，對他們的生活品質也是有影響的，所以在這個議題上面的溝通呢，你就需要有很多不同的公民的參與。

另外，也有專家認為，慢性病處方籤是否給付的問題，也值得進行公民參與。專家指出：

慢性病處方籤，我們現在也是不用錢，3 個月拿就不用錢，那其實這個法源上面其實也沒有法源說不用收錢，這個是一年 45 億，所以這個對健保的收支狀況是有一點影響，但是這個要改變現行的做法，可能有很多很多的想法，民眾會說，啊我本來不用錢，那你現在要叫我繳這個費用，他可能就不會去拿藥為了健保財務的穩健，也讓民眾能夠了解，接受，這樣的議題需要凝聚全民的共識，所以應該進行公民參與。

個別給付項目是否納入或排除於健保給付，因為範圍比較狹窄而明確，可以使用審議式民調的方式來瞭解民眾的意見。也可以將數個給付項目合併在一起討論，以公民陪審團的方式來討論給付的原則。

四、費率的調整

費率的調整是受訪者和參加諮詢會議的專家最常指出應該進行公民審議的議題之一。這又分為兩部分，一是當期的費率審議，二是預期健保虧損、必須調漲保費的公民審議。

根據健保法的規定，健保署應於健保會協定年度總額後 1 個月，提請其審議當年度保險費率。但以上限費率計收保險費，無法與當年度協議訂定之總額達成平衡時，應重新協議訂定總額。也就是說，每年的費率，是可以根據協商總額調整的，但根據實際運作狀況，並沒有每年調整費率的狀況。在費率不調整的預期下，總額的協商，無法根據客觀數字、實際需求和政策目標來協商，而成為醫事提供者要多一點，付費者想給少一點的拉鋸戰。受訪的健保會委員認為應該讓公民來討論費率是否應該根據當年協商的總額來調整：

就我學的跟我的認知，我們的健康保險都是當期、年收年付，所以我一直基本概念就是認為說應該是每年費率都要調一次，不管調多調少都一定會調，不會是一樣的，比如說你增加 C 肝，費率就調高，這樣大家才知道說我贊成這個東西我是要付出的，我不要那個東西我就降下來，那大家都清楚，醫界也清楚，民眾說不要的喔，所以你不要說這加進來要加多少錢，所以民眾要付的保費在這裡就會反映出來。如果有公民參與作為討論收支連動這件事的機制，當大家有共識的時候，這些健保會的委員、付費者的代表，不用背那麼大的責任說，能降就降，因為公民能夠同意增加給付，調高費用，增加保費，那個變動大小是大家要承受的，這樣總額的協商就會比較合理。如果民眾已經訴求這個是覺得 ok 可以加的，當然就要預期我保費也要調，那這樣子說民眾就會理性了，不會說反正我保費不要動，然後我一直什麼都要加。我就知道原來增加這些項目我的保費要跟著做連動。

也就是說，是否要因應先前說的政策目標，來調高醫療費用總額，可以邀請公民就是否要調高當年期的總額和費率，進行審議。這樣的公民審議，涉及協商因素，議題比較廣且複雜，可以先進行公民會議，就費率調整的議題，整合出幾個範圍較小的選項，再進行審議式民調，瞭解民眾的意向。

另一個費率調整議題是非當年性的，而是比較預期性的。例如，預期或面對健保的收支平衡低於安全準備而必須進行費率調漲，就應該在幾年前，進行公民參與來討論如何因應財務危機。健保會委員指出：

現在是安全準備不足了必須要調費率了。107 年安全準備不足兩個月，108 年下去一定會擴大。要調整保費時，會考慮兩年或三年平衡，所以，你拖太久的話，費率調整幅度就會很高，可民眾反彈就會很大。所以你幾年的時間，你就要有一次公民參與，讓民眾瞭解健保的財務問題，來討論費率調整。

解決健保財務失衡問題，一方面是開源，一方面是節流。除了調高保費之外，可能有其他方案（如前面說的減少部分給付項目）可以節流。因此，因為議題範圍比較廣大，可以先召開公民會議，討論出解決財務危機的方案後，再就幾個清晰的選項，進行審議式民調。

第二節 議題與適用的公民參與模式

上述所談到的適合做為公民參與的議題，根據議題發展階段、範圍，以及技術複雜程度等不同的特性¹⁵，本計畫建議使用特定的公民參與模式，如表 3-1 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，也需要及何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。

¹⁵ 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。

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，但牽涉到民眾就醫行為、醫療體系的整合和資源配置問題，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、公民會議

每年總額協商完成之後，是否要調整費率，在健保署做決定之前，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，又具有高度的技術複雜性，建議採用公民會議的參與模式。

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，建議採用公民會議的形式。

四、審議式民調

分級醫療的個別推動策略（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，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。

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，又想知道民眾的偏好，可以採取審議式民調進行。

表 3-1 健保政策議題與適用的公民參與模式

議題	議題特性	適用公民審議模式
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	後期，範圍特定，技術複雜度較低	審議式民調
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
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
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
當年期費率調整：整體	初期，範圍廣廣，技術複雜度較高	公民會議
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，範圍廣廣，技術複雜度較高	公民會議
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

第三節 政策建議

一、適合公民審議的議題：重大、切身感、涉及民眾行為的改變

以上建議一些與收支連動相關，可以舉辦公民參與的議題，以及適合的公民參與模式。這些議題的選擇，是透過訪談和專家諮詢座談提出的，它們具有三個重要的特性：重大、切深感和民眾行為的改變。在諮詢會議中，專家們指出這些特性是考慮是否發動公民參與值得考量的因素。

公民參與是需要成本很高，行政機關也不可能就各種議題舉辦公民參與，因此，適合作為的議題，必然是涉及健保長治久安，永續經營的議題。例如分級醫療和維持健保財務平衡的方案。另外，議題必須是民眾有切身感受的，才能引起參與的動機，例如就醫的選擇，給付的項目，保費的調漲，都讓民眾也切身的感受。第三，有些試圖改變民眾行為的政策，必須透過公民參與途徑來瞭解方式是否可行。

本研究建議，像分級醫療的個別實施策略，以及個別項目是否給付，這些議題都是「重大、有切深感，涉及民眾行為改變」的議題，但因為是「後期，範圍特定，技術複雜度較低」，比較容易採取成本較低的參與模式舉行，應該優先推動這方面的公民參與。

二、審議式的公民參與可以結合多種方法和層次

在特定的議題領域，可以在不同的議題發展階段採取不同的參與模式。例如，先以願景工作坊的形式，討論我們需要什麼樣的分級醫療制度，再以公民陪審團的模式，提出分級醫療的行動策略，然後再就特定的策略進行審議式民調。以費率調漲議題來說，先以公民會議的方式討論如何解決財務問題，提出開源節流方案之後，在就特定的方案（如是否調整費率）進行審議式民調。

另外，也有專家建議，為了提高代表性，可以在不同地區舉辦公民審議，提高民眾參與的意願，再從分區推選代表，進行全國性的審議。結合不同模式和不同層次的公審審議，必須提高公民參與的成本，行政機關必須有財務上的承諾。

三、透過公民審議促進公眾對議題的瞭解

公民審議的貢獻，不事只是產生政策建議。在審議的過程，生產的閱讀資料，專家報告和對談的影音資料，或其他提供政策訊息的資料，應該廣為流傳，刺激共多的討論，讓社會公眾對議題有更多更深的瞭解。

四、適當回應公民參與的結論

審議民主公民參與所產生的結論，雖然不具有法定的約束力，但因為呈現社會的重大關切、核心價值和多元觀點，也顯示經過審慎思辨之後的民意對具有爭

議性的政策所持的立場，因此，對於想要提高民主正當性和決策品質的行政機關來說，極具參考價值。

行政機關必須公開地回應審議民主公民參與所產生的結論。無論公民審議的結論形式是書面的共識報告，或是政策方案的意見調查，政府機構都要說明它是否採納，或如何執行公民審議的政策建議或意見。

審議民主強調公開說理。政策決定必須「給個說法」，向公眾說明政策選擇的理由。政府機關對審議民主公民參與所形成的結論的回應，是公共政策審議過程的一環，必須負起說明的義務，不能將之靜靜地「存參」，束之高閣。因為審議民主公民參與所形成的結論，只是政策形成的審議過程中的重要一環，而不是唯一的參考依據，因此政府機關可以之運用為政治社會溝通的素材，與社會團體和立法部門，就結論所形成的建議、主張，或意見分佈，進行溝通。

第四章、科技工具與公民審議

一、導言

在這一章中，本報告所要討論的問題是：將科技工具、特別是網路科技工具融入公民審議，能如何提升審議的品質？為此，我們首先需要問：當我們希望用科技工具促進審議品質的時候，品質的標準到底是什麼？即使都用「審議」這個詞，對民主的觀點不同，對品質的看法也就隨之不同，這是本章第二節「科技工具與公民審議的理論」所要處理的內容，我們將討論三種不同陣營的差異，由此，我們可以更理解哪些是審議民主所要追求的，哪一些期待（特別是某些報告、包含過去政府研究報告中的期待）則可能來自不同的對民主的理解、甚至可能與審議民主的看法並不相容。

而從過去的文獻和理論討論中¹⁶，我們也可以整理出，過去的研究者認為科技工具推進審議的潛力何在，又需要哪些輔助工具加以支持，這將是第三節「該如何使用科技工具，才可以讓審議更好？」的內容。在第四節「科技工具與公民審議的應用型式」中，我們則將討論具體設計上，這些潛力可以怎麼落實。進一步說，許多過去的文獻在討論網路科技工具融入審議時，都直接預設是以「繼承」的方式，直接以網路上的論壇為底本，並在不同面向予以改良；但這樣的做法雖然有其優勢、但從審議的觀點來說也有相當重要的侷限，而且不論如何並非實踐上的全貌：從文獻中我們也可以發現有些人嘗試「移植」，是以原先的審議民主實踐形式（如公民會議、審議式民調）為底本，將其移植到網路平台上，以降低成本、或者融入科技工具輔助審議。

這也就連結到第五節「引入科技工具可能存在的阻礙」：文獻上許多對於可能阻礙的討論，也都是以「繼承」為出發點，這些討論一方面告訴我們這個形式可能的侷限（有些是相當重大根本的侷限，比如論壇形式不容易推進共識導向的審議），雖然有面對面審議難以輕易達成的優勢，但也可能在根本上無法取代面對面的審議，而另一方面也提供我們思考「移植」時是否可能也面對類似的阻礙。

最後，在第六節的結論中，我們將回顧先前所有的討論，並且提出，除了繼承和移植之外，未來我們也可以思考第三種文獻上較少討論的形式，亦即借鏡移植和繼承下我們所發現的科技工具潛力所在，用網路科技工具輔助面對面的審議。

二、科技工具與公民審議的理論

許多對於審議民主和科技工具的討論，都直接從科技工具如何影響討論品質談起，但是，在發展評量的標準甚至指標之前，必須先討論我們要追求的究竟是什麼，亦即，必須再退一步，考慮：我們希望科技工具促進什麼樣的討論？討論對於民主到底有什麼好處？唯獨先澄清討論跟民主的關聯，才能知道「討論品質」應該如何衡量、科技工具又可能發揮什麼影響。本報告是從審議民主的觀點出發，為此，我們更需要先比較審議民主與其他陣營相比，對於融入科技工具促進的討論的期待有何差異，才能避免混淆不同的觀點，甚至追求實際上並不相容的目標。

¹⁶ 本團隊透過圖書館系統蒐集與審議民主科技工具相關之中文和英文文獻作為此章之分析基礎。在閱讀文獻內容後，進行整理、比較與分析。

對此，Dahlberg（2001）跟 Freelon（2010）都認為，民主理論的三大陣營會希望用科技工具促進不一樣的討論，也就是說，他們著眼的「品質」會各有不同。而透過比較這些不同的陣營，能讓我們更清楚地了解不同觀點各自的期待為何，知道不同論者各自宣稱科技工具有何幫助、又何以可能危險時，其實所想要追求的目標可能各自不同、甚至互斥。

比如，許多評論者可能會畏懼運用科技工具造成意見相同的人群聚（所謂的「同溫層」），但 Dahlberg（2001）認為，社群主義者未必會直接認為這是問題，相對地，對於他們而言，網路科技工具的潛力恰恰在於讓有相同價值的人可以彼此交流意見甚至情感。假設我們同意這樣的立場，科技工具促進民主討論的方式，是促成人們與自己立場相同的人彼此認識，找到據地、互相討論。在這個觀點中，科技工具的作用在於讓意識形態接近、但原先難以交流的人可以聚在一起，因為大致上互相同意所以願意踏出第一步、與人互相討論議題，而不會一開始便卻步，而且得以聚焦、而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，成為真正的「社群」、依據價值信念結成一群群的「我們」，甚至因為有這樣的契機、有這樣大致相同的出發點，對內可以互相討論，甚至在大致上彼此同意下，讓辯論更為深入、互相提問交流，對外甚至可以決定一起行動、更能有效動員（Freelon 2010 整理的五種社群主義所可能追求的標準，就是「意識形態同質親近」、「動員」、「社群認同」、「意識形態內部互相回應」、「意識形態內部互相提問」）。姑且不論社群主義者所設想的政治社群，是否真的等於網路上零碎的小社群；Dahlberg（2001）就認為，即使從社群主義者自己對民主的看法來說，當人們是和透過網路建立起來的「虛擬社群」中其他成員討論政治，仍然可能其他問題；我們可以整理他的論點，重新提出兩點他所謂的社群主義者對科技工具與審議的隱憂：首先，這些討論的內容經常相當受限，在主題方面，整個政治社群、整個社會所面對的其他重要議題，在這些論壇經常不被關注，而在價值方面，當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、甚至可能樂見），相反的價值立場也同時很難被忠實代表、甚至可能連考慮都不被考慮，也就是說，討論並沒有讓這些人的立場更深入，反而流於打稻草人。另一方面，在討論方式上，實際上這些網路群落內的討論如果是「煽動，八卦與流言，有一搭沒一搭的瞎扯」（ibid），也無助於促成社群主義者想要看到的虛擬社群內奠基於同質性的深入討論。

相對地，「自由主義個人主義」者的觀點，並不會認為用網路形成同溫層本身有任何益處可言，但他們同時也不會希望促成立場不同的人互相辯論。相對地，Dahlberg（2001）和 Freelon（2010）都強調，自由主義個人主義者最看重的科技工具潛力，其實類似廣告市場：個人主義者認為每個人都有自己不一樣的利益，重點不是辯論，而是讓這些參與者可以找到舞台發表「獨白」（Freelon 2010），追求自己的利益，這可能是因為把網路科技工具把這些意見集合起來，讓做決策的官員更容易直接看到、並且予以回應，促進了選民與政治人物的溝通，也讓不同政治人物的回應與立場更加清楚，也就是說讓政治市場的資訊更為透明（Dahlberg 2001）；也可能是因為科技工具提供的發表方式，讓人們可以透過講故事、自我揭露，或者透過連結影片、照片、其他創作或多媒體，讓自己所想要講的話更有吸引力，也讓更多人有辦法去影響（或者說「煽動」）其他人（Freelon 2010）。換言之，這一派的觀點，認為科技工具的潛力，在於讓人們更可以用有

吸引力的方式、說自己想說的話，也讓政府官員（政治人物或公務人員）可以有地方去聽、並且去表態，讓人們可以在政治人物當中做選擇。這一派的觀點同樣也不認為人們的意見有需要改變（不管是著重原先就有的意識形態價值立場，或者是來自各種各樣的個人利益、個人想在乎的事情），既然自始不認為人們有需要準備好被其他公民的意見說服、甚至完全改變自己的立場，就不會認為網路科技工具需要促成彼此說理、互相傾聽與說服的空間，而是應該促成立場等資訊的雙向傳遞。

對此，國家發展委員會於 2017 年三月所提出的委託報告《政府公共溝通：新型態網路參與及溝通策略》，其實就隱含了這樣的觀點，因此才會從「議題管理」(issue management) 的觀點評論利用網路科技工具。國發會的這份報告特別著重的重點就在於透過科技工具，讓公務機關掌握「輿情」，知道怎麼樣的人可能會關心特定議題、立場又各是什麼，獲悉這些新資訊，並且「從政策論述中收取評論意見」。因此，這份國發會報告所提出的優化建議主要是導引民眾至適當窗口，以制度誘因和分工促使政府回應，並且用「大數據分析」呈現使用者的「線上行為模式」、對外公開；這份報告也使用了「審議品質」這樣的詞彙，但內涵在於避免偽造身分跟不明就裡下的支持與反對，以免政府接收這些意見資訊上有所誤差。這也提醒了我們澄清民主理論立場的重要性：同樣討論「審議品質」，看到的問題與解方可能相當不同；而這份報告中對民主討論與科技工具的論點，由於建立在對民主的個人式認知上，所看到的審議品質與潛力並不在於說理與互相說服，而在於表達與接收。

相對地，審議民主的觀點，恰恰就是並不滿足於這兩種對民主的觀點，而認為，面對社會上各種不同的觀點和利益，好的解決方式是儘可能促成公民去考慮其他人的論點，想辦法以講道理的方式回應、或者甚至改變自己的立場；也就是說，科技工具的著力點，不在於形塑同質的虛擬社群（社群主義），也不在於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，引入科技工具的成敗效益所繫，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（Freelon 2010）。Dahlberg（2001）也提出了線上審議的六個衡量面向，他所列舉的則是說理、反思、換位思考、誠摯、涵容與平等、自主性。其中，雙方都強調的如「說理」，指的是讓人們願意用講道理的方式溝通，具體而言，亦即能提出理由支持自己的論點，「涵容與平等」則是指不要只有少部分的人可以參與（外部不平等，或者是涵容不足），或者只有少部分的參與者主導發言（內部不平等）。而除此之外，「跨越意識形態的互相回應」指的是願意回應不同價值立場的聲音、而「跨越意識形態提問」則指願意問不同價值立場的人在想什麼，願意接受挑戰、進而被說服；誠摯、反思和換位思考，都可以說是說理和互相回應的延伸，誠摯指的是誠懇地傾聽，並且誠實地給出完整資訊、告訴其他人自己為什麼這麼想，反思指的是參與者連自己原先視為理所當然的預設都要能適時審視，連這些預設立場都在可能被說服而改變的範圍之內，也就是說抱持著完全開放的態度，而換位思考則是指願意從其他人的角度去看問題、嘗試認真了解其他人何以這樣推論。最後，自主性則是審議的方向是由參與的公民彼此對話推動，而非有金錢或（行政）權力的力量主導。

綜上，對於審議民主論者而言，科技工具是否有助於民主討論，端賴：我們

討論的科技工具是否能鼓勵參與者講道理，還是甚至會鼓勵參與者以沒有理由、流於空洞的方式博取注意或支持？是否有助於人們誠懇地聽、抱持開放的態度、並且願意去了解其他人的論點？是否有助於人們提出公共的議題？是否會促成內部（參與者彼此之間）和外部（參與）的平等，還是反而會比其他形式更加不平等？是否有助於促使參與者更切題，還是反而會助長天馬行空？是否能促進人們更願意切實回應不同立場的聲音，並且去聽、去詢問，還是甚至助長各說各話，或者分成小群落、彼此之間不互相溝通？對於這些問題，文獻上的答案是：科技工具確實有一些潛力，但這些潛力是否和如何發揮，則依具體的設計而定、不能一概而論，這也就是下一節所要討論的問題。

三、該如何使用科技工具，才可以讓審議更好？

（一）科技工具的潛力所在

關於科技工具是否能夠有助於審議，Wright（2007）的比喻是：就如同這就如同問會議廳是否能夠有助於審議一樣，會議廳的設計是圓桌還是兩排座椅對坐，就可能改變對話的方式。在前一節中，我們討論對於民主的不同觀點、特別是審議民主的觀點，會怎麼思考科技工具的潛力，在這節中，我們將討論這些潛力是否和如何能透過具體設計實現。

關於「講道理」和「彼此回應、提問」這些面向，Tsaliki（2002）以他對英國、荷蘭和希臘網路論壇的內容分析，雖然點出了現實上的許多不足，但也提出了網路科技工具一些可能的著力點：相較於面對面的討論，在網路上人們如果要問關於事實的問題，可能更為容易，只需要發文提問、可以隨時為之，讓其他參與者討論、共同回應，這可能有助於後續的說理（不過他也發現實際上許多詢問串都因為回應的人相對較少而無法延續）。此外，網路科技工具還可以輔助「引用」別人的論點，也讓人們有機會回應其他人的論點（不過實際上回應的品質未必高）；這點具體而言，對應到黃東益等人（2004）的主張：科技工具可以透過存檔（「可累積」）和歸檔（「易搜尋」），讓交互引用更為容易。

此外，Wright（2007）的文獻整理，也提出科技工具可以用來「維持……一個一個大型的審議廳」，這個論點強調的是時間的面向：科技工具讓審議可以持續下去，想要發表意見、想到新回應的人都可以回去貼文，而相對比較不會需要終止，可以促進「持續對話」。黃東益等人（2004）甚至認為，科技工具不但可以拉長時間，同時也因為「非同步性」（不必聽到馬上回應、否則討論就會結束）而更能「促進深思熟慮」，因而更有助於說理；Janssen and Kies（2005）也認為，網路上非即時討論的好處就在於讓人們可以花更多時間想出論述支持自己的立場，而非流於即時的聊天和玩笑。

對此，科技工具也提供了一些機制，可以用以促進參與者「回頭」，在別人回應自己的論點時，閱讀他人的回覆、並再次予以回應，亦即真正成為有來有往的對話。Schultz（2000）就提到，紐約時報所主持的時事議題討論版上，當參與者自己先前的發言被人引用，使用者就會接收到系統自動發出的訊息，而有80.4%的參與者會回應這樣的信件，也就是再回應其他人的評論，讓討論得以持續；雖然Schultz並不知道如果沒有這樣的設計，回應參與的次數是否會降低，也並未討論這些回應的品質，但這樣的機制，等於是科技工具自動執行傳統面對面審議中主持人邀請回應此一任務，而且可以同時將回應邀請發送給被引用的

多位使用者，這類的設計也是科技工具的潛力所在。

關於平等的面向，Wright（2007）則從文獻中指出一些可能的潛力所在，其核心在於讓更多人可以參與，這主要指的是，人們可以用工作以外的時間、用更低的成本發表意見，不用在行程表中排出空檔，而且也更容易聽見其他人的意見，也就是說透過促進參與，讓本來無法參與對話的人更容易參與。而前一段提到網路科技工具可以讓對話持續，這也就是謝宗學(2003)所謂的「時空壓縮性」，他也認為這可以「擴大參與範圍和機會」，同樣也有助於公平，避免人們因為時間或空間上無法配合而無法加入或有效參與。

而「匿名性」是否也有幫助，在文獻上則有不同意見，有些論者以為可以促進平等，但也有學者認為具名、甚至揭露更多個人資料，不但有助於說理，也能提升誠摯性。Janssen and Kies（2005）整理過去研究，就指出有些研究認為匿名可以讓人們更敢於表達自己的真實立場，但具名可以讓人們更負責。謝宗學(2003)和黃東益等人（2004）則宣稱，科技工具可以讓使用者匿名，可以降低各種標籤帶來的不平等、或者讓一些少數意見禁聲，也能促進審議的平等。但與之相反，Dahlberg（2001）在研究美國明尼蘇達州的線上民主論壇時指出，具名反而是該論壇成功的關鍵：該論壇要求參與者具名發表、在每筆貼文下方會列出發文者的真實姓名、電子郵件信箱和居住地，規則也嚴格禁止冒名頂替；如此一來，沒有留下基本個人訊息的發言者就會被挑戰，人們也不能留下一個錯誤或無從查證的訊息就放下不管，這些都有助於查證；而且不只是具名，每筆貼文也都會列出參與者的居住地，Dahlberg認為這帶來的好處在於面，當參與者宣稱自己的居住地發生了什麼事，其他人（特別是同一個地方的居民）可以交互查核，同個地方的居民可以予以駁斥，但也可以告訴其他城市的參與者確有此事、對於當地居民的影響為何，如此一來，具名和留下其他個人資料，不只是加強社群規範的約束力，更促成正確資訊、促使參與者更為誠摯。

綜合上述，在具體設計與應用的層次上，「方便提出關於事實的問題」、「方便引用」、「建檔與搜尋」、「鼓勵對話持續」、「容許參與者延後提出論點」、「降低參與在時間安排上的成本」，是審議民主論者可能看到的科技工具潛力。至於個人資料採取具名或匿名的效果，在文獻上則有不同的看法。

（二）其他設計上的支持

當然，這些潛力如果要能充分發揮，並不只是在技術上增加功能（比如搜尋或引用）而已，還需要其他設計上的支持。以下討論的兩點在面對面的審議中也會出現，但有文獻在使用科技工具的前提下特別討論這兩者的價值。

對此，Dahlberg（2001）特別強調「審議守則」（guidelines）的重要性：這些所有參與者都必須閱讀的守則，有些是軟性的、原則性的勸說，比如呼籲大家清楚地呈現自己的論點，並且仔細閱讀其他人的意見、不要趕著回覆，以促進反思；有些是正面表列的行為指引，希望大家以互相尊重的方式互相溝通。最後，也有一些是硬性的規定，比如自動化地要求每個參與者一天最多只能張貼兩則貼文，以免論壇被少數人主宰而帶來不平等（他發現發言頻率仍然有性別、種族上的差異，但這個規則架設了「天花板」，以免發言情形更不成比例）——這點在傳統審議上，會是由主持人在個案中主動介入制止，在科技工具上可以自動設定、

一體適用。

而 Janssen and Kies (2005) 和 Wright (2007) 則都各自提出，主持人在使用網路科技工具的審議中仍扮演重要的角色。Wright (2007) 認為主持人的角色有二：確保互相尊重（修改或刪除嚴重違反審議精神的貼文），以及導引討論、適時介入發言以免失焦；否則，科技工具讓許多人可以同時發言等特性，反而會降低審議的品質，造成討論的零碎化。Janssen and Kies (2005) 整理過去研究，還指出主持人另外兩重角色：發言引導大家注意論壇上（尚未被好好回應）的少數意見，以及提供相關的背景資訊，供全體參考。而在融入科技工具下，主持人所介入的方式就會依軟體設計而定，Wright (2007) 就特別提到，設計者必須權衡主持人應該在事前還是事後審查貼文：事前審查可能會阻礙討論的進行、延遲或干擾參與者的互相回應，但事後審查（面對面審議時，主持人通常都是接近事後審查，至少要等參與者把話說出口之後才能介入），可能會導致某些嚴重干擾審議品質、甚至是具攻擊性（加強不平等）的發言已經被看見、造成傷害。Janssen and Kies (2005) 也警告，主持人如果被認為有攻擊性，尤其如果是以責罵的方式審查控制，會降低成員討論的意願。

四、科技工具與公民審議的應用型式

以上的討論著重在科技工具促進審議的潛能、以及設計方式背後的原則，那麼實際上，這些潛能和原則可以如何落實呢？以下將呈現文獻中討論的應用型態，這些應用型態都完全與面對面的審議無關，都是希望能直接用科技工具建立「獨立」的平台。在此，由於本報告是從審議民主的觀點出發，因此我們並不討論單純布達、發表或投票、連署、進行「民調」等機制，也不包含許多新媒體運用網路科技互動產製新聞內容的模式（後者雖然有新聞上的價值，也某種意義上容許不同意見並陳，但並不是為了嘗試互相說服、達成結論共識而發生的交鋒，因此不屬於本報告所要討論的審議），而著重在真的有最低限度的互相討論的平台。

本報告將應用型態分為兩類，一類是直接「繼承」網路上既有的討論形式，也就是所謂的網路論壇，再以特定的設計（比如議題設定、主持人角色等）依照設計目的加以改變，這一類的嘗試有較多文獻討論、甚至直接將網路科技工具融入審議等同於使用網路論壇。而另一類的應用型態，則是「移植」原有的審議民主型態，比如審議式民調，以相同的價值理念為出發點，以相仿的設計為底本，但移植到網路平台上，用以降低成本、或者增加輔助功能。

（一）網路論壇

論壇是最直接也最直觀的應用型式，等於直接使用（或者說「繼承」）網路上既有的溝通平台相關科技。其核心在於，讓使用者自行可以發文討論或是回應其他人的貼文的平台（有一些宣稱是論壇的網路平台並沒有直接開放回應，參見國家發展委員會，2017；這種論壇並未達到審議最低限度的要求），經常可以同時有許多發言串同步進行，參與者不需要立即回應，此外，參與者也經常自發性加入；這些論壇在功能上（比如在搜尋、建檔、引用）以及在主持人角色等面向可能各有不同，但共同特色就是圍繞在由使用者發文並回應其他人張貼的議題。論壇的特色是發言相對簡單、對使用者而言直觀好上手。在發文權限上，則有光譜兩端：一端是結構性的、由主辦方或政府決定要討論什麼政策，並且在每個政策的版面上提供政策文件，請參與者就特定提問、特定面向發文；或是非結構性

的、將發文權完全交給使用者決定；而在光譜兩端中間，則有各種混合的設計，比如結構性與非結構性並陳，使用者如果發現自己想討論的議題或面向沒有在原先的版面上，可以另外在別處發文（Wright 2007）。

不過 Janssen and Kies (2005) 整理的研究，就發現論壇經常沒有追求結論、尋求共識的動力，即使是高教育背景的人參與的論壇也經常是各說各話。對此，他們引用 Nancy Fraser 的分類，認為論壇這樣的討論空間有強弱之分：較弱的討論空間，指的是人們並不期待自己的發言被別人認真閱讀、考慮，甚至經常根本沒任看，同時也不認為會有什麼具體的成果，因此就更沒有動力寫出更完整的主張、或是回應其他人的觀點。他們認為讓論壇變「強」的方式有二：其一是討論方式的制度化，有「編輯團隊」和主持人不時提供新的背景資訊、以及不同參與者論點的摘要更新整理；其二是讓參與者看到有決策權的外部人士（特別是政治人物）也確實有在論壇上活動。他們綜合整理幾個針對英國和法國幾個網路論壇的經驗的研究，指出主持人越是能夠提供相關的資訊、摘要自己和其他人的論點，以及政治人物越是有認真參與，人們也更願意寫出更長、更完整、更為說理、也更認真回應其他人的發言，也更願意詢問其他公民的立場和意見。

事實上，如果我們這樣理解論壇的定義與範圍，那麼文獻和一般所討論的各種型態，其實都是論壇的變體：從主題劃分，如一般性的政治論壇，以及政府官員代表也參與其中的政策諮詢論壇（Janssen and Kies 2005），或以政策為單位，由政府開啟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（Wright 2007）；又或從參與者劃分，由官員主持的 e 政府，由倡議者主持（而且可能比較同質）的議題與行動政策討論，由一般網友參與的一般性政治論壇，一般網友參與、但以討論生活議題或文化或身分認同為主卻也涉及政治的論壇，由新聞媒體主持的新聞議題討論論壇（Dahlgren 2005）；個別網頁設計與規則可能有所不同，但大抵上都是論壇的型態。

或許也正因為如此，國內外部分文獻在討論網路科技與審議時，經常已經預設科技工具融入審議將會採取論壇的形式，在界定研究範圍、或在操作化的層次上，直接是以各種論壇（包含另外架設網頁、以及運用既有社群網站平台）為出發點（如 Schutz 2000；Tsaliki 2002；游明儀 2002；謝宗學 2003；羅晉 2004、2010；楊建基 2006；王國政、柯炳式 2011；鄒佳宏 2013；張惠堂、李威翰 2015）。這些研究雖然各自有不同的提問，但都將科技工具融入審議等同於使用網路論壇、以論壇作為審議的平台。比如游明儀（2002）在理論上憂心於論壇可以匿名假冒、而且經常只是聚集相同意見的人，無助於審議；謝宗學（2003）同樣從理論討論出發，認為網際網路有五種特性（互動性、時空壓縮性、分散性、多元性、化名），構成不同「網際民主的重要介面」，同樣是建立在對網路論壇的設想上，比如互動性指的就是論壇上可以「進行一對一、一對多、多對多等不同形式的溝通互動」，化名更是論壇的特性；以較新的經驗研究來說，羅晉（2010）認為蘇花國道論壇上，人們雖然願意參與討論（參與程度高且持續），但經常在你一言我一語下、流於沒有說理的「無效」發言；張惠堂、李威翰（2015）討論的就是地方團體以既有社群網站為平台，讓參與者交換訊息、彼此討論、形成監督政府的力道。

（二）移植原有的審議模式

儘管如此，論壇並不是網路科技融入審議唯一的形式，以網路為平台進行審

議式民調 (Wright 2007) 或線上公民小組 (國家發展委員會 2017) 可以說是另一種類型。這些嘗試都不是直接以網路論壇的形式出發，而是試圖改造既有的面對面審議的模式，是出發自與「傳統」的審議模式同樣的目標、價值，甚至採用大抵相同的設計，而透過融入一些網路科技，藉以改進原先的困難。

舉例而言，將審議式民調 (deliberative polling) 轉移到網路上，可以降低成本。該模式原先是九零年代由 James Fishkin 發展出的模型，與民調相同，最終是希望公民在一些確定的選項 (如不同政策方案，贊成反對等) 選擇偏好、了解意見的分布，也因此參與者選擇上，可能採取大規模的代表性樣本、參與者被動受邀；但與傳統民調不同的是，人們關心的不是沒有充分資訊和審議下的普遍意見，而是在充分接收資訊和討論後人們可能怎麼想，因此並不是直接訪問，而希望透過事前閱讀資料、與專家對問詢答、與不同意見的公民在小組中互相說理嘗試彼此說服等審議的過程，讓參與的公民在審議後表達自己的立場 (對此，可以參見 Gastil & Levine 編 (劉介修、陳逸玲譯) 2012)。原先，這個模式可能要邀集上千人 (考慮回絕的比率，還甚至需要聯繫更多人)、給予出席費、將這些參與者在同一時間邀集到同一個大地點，同時聽專家學者演講後、分組與受邀的專家學者詢答、並且互相討論，所費不貲。但如果在抽樣且參與者同意之後，是發送邀請連結，請他們運用網路平台與專家學者和同組公民互動，可以達成類似的結果，卻能大幅降低花費，包含場地花費及所需支付的報酬 (Wright 2007)。在具體的設計中，有設計者甚至希望網路審議民調更貼近面對面的審議，因此是用同步語音、而非文字的方式進行，藉此，讓情感互動跟共同理解更容易產生，也避免較難用書寫表達自己想法的參與者為此受限；研究發現，如此一來，其「成效」(人們改變自己的看法、被「說服」的比率) 只會略微低於面對面審議民調 (ibid.)。

線上公民小組 (e-panel) 的做法也大致上類似，同樣是以公民諮詢會議的型態，只是將其「移植」到網路上、以降低需要同時同地將參與者跟專家、官員邀集到同一地點的成本；除此之外，e-panel 甚至可以利用資訊科技，快速、甚至近乎同步地以視覺化方式整理呈現不同論點 (國家發展委員會 2017)，這一點雖然在傳統面對面審議中也可能進行 (比如參與者或主持人以口頭或手繪的方式呈現論點)，但在科技工具的輔助下可以更為系統性、並且清楚。不過，台灣目前的實驗平台 vTaiwan，在許多面向上並非完全按照原有的審議民主模式進行，比如是兼採即時與非即時的發言模式，參與者主要是自行加入等 (參見國家發展委員會 2017；而如同本報告第二節所討論的，該報告在評估此方案優劣成敗時，主要是從個人主義自由主義的角度出發，討論此方案對於政府部會「議題管理」、準確地「提早偵測」的幫助，在此並不另外贅述)。

總而言之，尤其在線上審議式民調的實際案例中，除了直接運用網路論壇、包含社群網站論壇以外，另一種思考的方式，則是並不直接全然擁抱網路科技上既有的互動型態，包含「同溫層」互相吸引、自動自發加入、非同步發言、以文字為主的溝通型態、即使有管理者也少有直接主持等型態，並不照單全收，而是以原有的面對面審議模式為底本，嘗試以科技工具降低成本、解決原有的困難。

五、引入科技工具可能存在的阻礙

前一節的討論中，我們區分了繼承與移植兩種融入方式，這種討論方式的好

處之一即在於：在既有文獻中，學者討論網路科技工具融入審議的阻礙時，即使在規範性層次上確實是從審議的民主觀點出發，其發現或預見的阻礙或漏窳經常是以網路論壇為底本、也就是預想設計者會以「繼承」的方式運用科技工具。但是，這些討論仍然相當具有參考價值：對於本文所謂的「繼承」論者來說，這些討論呈現了許多值得考慮、應該透過具體設計避免的問題；而對於「移植」的實踐者，也能夠藉此省思，即使是移植、只要運用網路科技是否可能就面對類似的問題；最後，對於政策設計者而言，這些討論更是重要的參考，更能知道依據不同的目的、網路科技工具可能帶來什麼樣的效果。

網路論壇一項在文獻中常被討論的阻礙，即是討論未必能導向「尋求共識」，而流於各說各話，這一方面指的是參與者每一次發言之前未必會認真聆聽別人的主張、並且予以回應，另一方面，也為此更不會傾向嘗試與其他人最後達成共識、結論，而這兩點正是審議所要追求的過程與結果。這點在 Janssen and Kies(2005) 所謂的弱審議空間中尤其如此：參與者認為自己的意見沒有人仔細聽，也不會有實質效果，因此也比較沒有意願努力說理嘗試說服別人，或者去讀別人的意見、於反思後嘗試回應，因此容易出現他們所謂的「互動式獨白」(Dumoulin 2003；引用自 Janssen and Kies 2005)。論壇式的設計，讓人們不需要同步、跟所有人排出同一時間發表意見，而且相當方便發言，但卻也因為如此，更容易讓使用者自己更像是在準備獨白，而不像面對面互動中是在對話；而也因為不像面對面互動時，需要在等對方說完等的同時聽對方的意見，也更難感受到對方確實在聽自己的意見。而真正的對話既然不可得，取而代之的就更容易是同類意見的互相加強，也就更有極化的危險 (Janssen and Kies 2005；Wright 2007)。就此，黃東益等人 (2004) 將「非同步性」引以為網路 (論壇) 融入審議的優點之一，但僅僅是方便發言，未必能轉譯為審議的品質，甚至可能適得其反。

另一方面，融入網路科技工具、特別是論壇，並不等於促成多元和平等；而要透過網路科技工具促成意見的多元和參與的平等，面對的是和面對面審議不同的挑戰。對於自發參與的論壇，會願意參與討論的人，需要有一定程度的網路使用習慣與技巧，而且常是原先就有參與公眾討論的人 (陳敦源等 2007)，換言之，願者上鉤式的參與，用陳敦源等人 (2007) 的話來說，經常只能「強化」而非「驅動」人們參與，讓本來就善於用網路、習慣於「公眾接觸」(如朋友間的政治討論、投書、拉票、抗議) 的人有另外的發言與交流平台；如此一來，社會不平等就透過數位落差和政治參與程度的差異而重新反映在網路平台上。換言之，科技工具不只是反映現實中的不平等，而是原有社會不平等得以作用的管道 (對科技熟悉程度的高低)，設計者必須專門處理此處的落差。而即使這些人得以進入論壇 (不論是否依照設計者有意的邀請或篩選)，這些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來源，許多各種各樣的網路論壇研究都指出，最明顯的案例可能是 Dahlberg (2001) 所討論的美國明尼蘇達線上民主論壇，即使有嚴格的規則，要求每人每日不得張貼超過兩則貼文，白人男性不但仍在貼文數量上超過其他群體，更重要的是，在質的面向上，許多線上討論串都演變成比較具「對抗」式的討論，而 Dahlberg 認為白人男性以外的其他群體 (特別是女性) 更可能因為討論型態如此而更為卻步，即使參與論壇但比較不願意繼續討論 (而由於這些論壇也不一定要談出共識，我們也無從判斷參與者影響「結論」的能力是否有差別、或者大抵相同)。雖然他的研究並沒有具體指出是網路科技的哪些

具體性質導致這樣的問題更容易出現，但仍提醒了我們，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氛圍，仍可能造成內部的不平等；而 Schutz（2000）訪談紐約時報所主持的議題討論論壇的參與者，更指出當使用者登錄之後，發現總是同一群人不斷地在發言，橫跨論壇上各種版面，甚至發現他們在其他論壇也是如此，即使他們講的未必沒有道理，就足以讓其他參與者認為自己的參與意義不大，不是他們所想要參與的討論（也因此，他發現參與者在十個月內，留言中位數是 25，但平均數卻是 89 則，就是因為有少部分高頻率的參與者——最高達到 1500 則——拉高平均，而透過訪談他也發現，這一群人也降低部分其他參與者持續發言的意願）。此外，而在發言次數上不同群體的差異也值得設計者注意。

此外，網路科技工具、特別是論壇形式的非同步與長期持續的性質，雖然被某些論者認為是潛力的來源（見第三節），但也可能為設計者帶來新的難題：要怎麼讓審議持續奠基在事實上。對於審議民主論者而言，除了追求不同群體間的多元平等以外，也希望討論是基於事實的說理，因此經常有專家、學者、相關官員等人的參與（甚至最好是不同意見的專業者，以免有引導的問題），並且在授課之外也接受詢答，審議的設計者也經常在會前就已經撰寫手冊、就將觸及的討論面向併陳各方的論點。但如果論壇的型態，不但可能代表沒有預先設想的「議程」，而且（更關鍵的是）經常預設長期性、沒有固定開始與結束的參與，這使得外部參與者的加入更為困難：Janssen and Kies（2005）就指出，讓政治人物或行政官員持續關注、參與回應論壇經常相當困難；Schutz（2000）也指出，媒體記者（比如紐約時報的媒體人）連自己報社的討論論壇、甚至是引用自己文章的版面，都不會經常造訪、遑論持續參與討論。

最後，網路與其他科技工具的開發與維護都需要大筆資源，Dahlberg（2001）就警告，如果是由商業力量透過直接主持或者以廣告贊助的方式「支持」，都可能在實際上、以及在參與者眼中威脅到自主性。

六、討論與結語¹⁷

在本篇章中，透過整理過去的研究文獻，我們的討論可以分為以下幾個層次：

在規範層次上，在建立政策效果評量指標時，我們必須澄清不同民主陣營立場的差異，尤其必須區別審議民主立場與自由主義個人主義立場：審議民主追求的並不是讓人們各自發言、讓政府單位了解個別個人或群體可能有什麼看法、並予以回應（如國發會 2017），而是透過平等的說理嘗試互相說服、追求共識。

在設計層次，對此，文獻上認為科技工具的潛力包含「方便提出關於事實的問題」、「方便引用」、「建檔與搜尋」、「鼓勵對話持續」、「容許參與者延後提出論點」、「降低參與在時間安排上的成本」，網路科技工具為達成這些目的提供了一些新的手段，包含搜尋、全文引用的功能，在不干擾其他對話下同步提問的機會，自動代替主持人提示參與者回應等等，而設計者也必須考慮具名或匿名為討論帶

¹⁷ 因既有規劃與探討面向，本團隊在既有文獻回顧的部分較少觸及網路工具之應用性、先進國家對於民眾參與公共政策之模式與經驗和數位時代下網路工具的發展模式等面向，建議可做為未來研究方向。

來的不同效果。此外，文獻也指出，主持人與審議守則的設計，是科技工具融入是否成功的關鍵配套。

至於應用形式，本報告建議將關於形式的討論區分為兩支：直接繼承網路論壇的形式（亦即論壇形式的變體），或者是將已經成形的審議模式移植到網路平台上，藉以降低成本、解決問題或是增進功能。我們發現，許多過去的文獻在討論科技工具融入審議時，都預設採取前者，但實際上文獻中已經有討論將審議式民調和公民諮詢會議移植到網路平台上的經驗，可以運用科技工具大幅降低金錢成本和對參與者的不方便，或者透過即時的論點整理、視覺呈現等增進討論深度，而取得相仿的成效，並且避免了直接繼承論壇形式所帶來的各種問題，包含未必能夠以能終究達成結論共識為導向，及其所衍生的相關問題。

這些相關問題包含因為參與者認為審議空間較弱、認真說理回應未必有所帶來的發言品質降低、甚至極化等問題；此外，自發性的加入機制可能也會帶來新的不平等難題，特別是依照數位落差下對科技熟悉程度的問題；而參與者彼此之間發言次數的不平等，以及形成特定的發言氛圍或模式後對特定群體的排擠作用，也值得開發者思考。論壇形式另一個重要的隱憂，則來自部分論者所看到的一項潛力來源：非同步性意味著討論可以持續很長的時間，甚至並沒有固定的開始和結束，這使得設計者很難持續維繫重要的外部參與者（政府官員、專業人士）的持續參與。最後，科技工具開發及維護的成本，也意味著需要有獨立的資源提供者，讓發言得以自主、而且讓參與者可以相信該平台是自主的。

本報告並非全然反對「繼承」的應用型態，相反地，網路論壇確實有其多樣的可能，可能為參與者帶來難得的討論、學習、辯論甚或行動的機會，近來也有許多政府機關、新媒體與民間組織採用新型態的公共論壇，相當值得進一步發展；但從前述的討論中，我們也可以發現，網路科技平台不但不是萬靈丹，更重要地是，直接承繼論壇的形式參與討論並不能完全取代審議，而且會有專屬於論壇的難題與隱憂，包含參與者的平等與多元、匿名與否等設計問題，以及——或許最重要的——缺乏共識導向及其所衍生的問題。不論如何，我們對於網路科技融入審議的想像，不應該受限於繼承的型態，而也應該關注各種「移植」的嘗試，如何可能可以降低成本、提高討論品質、並且避免網路論壇所可能衍生的各種問題。除此之外，在繼承與移植之外，這也提醒了我們也可以反過來思考「輔助」的問題：除了將原有的審議移植到網路平台上，我們也可以考慮用網路科技（特別是移植後發現對討論特別有幫助的科技工具）輔助面對面進行的審議，舉例而言，比如運用科技工具輔助參考資料的整理呈現，或者透過科技工具快速（甚至同步）整理先前討論的論點，藉以提升引用與互相回應的品質等等，這也是未來的設計者可以考慮投資、嘗試甚至實驗的方案。

第五章、科技工具與公民審議的實作經驗與評估

在彙整和理解對於科技工具與公民審議的相關討論後，本計畫便著手規劃實驗會議。期望在此會議辦理的過程中，能夠盡量運用科技工具，並觀察和評估其對於審議討論帶來之效果。以下便分別說明實驗會議的執行過程、各項相關嘗試、實際過程與評估，最後提出建議和未來可能方向。

一、執行過程

1.以「分級醫療」作為公民審議會議討論主題

在進入實驗會議規劃的階段後，我們首先便與委託單位召開工作會議，確定實驗會的討論主題。儘管本實驗會議主要的目標是為了嘗試在審議會議的過程中增加科技工具的運用，但我們對於討論主題應如何設定仍舊十分重視。故我們在六月份召開工作會議進行溝通。會中決議以近期衛福部努力推動、卻仍難以徹底落實的「分級醫療」作為主題。在內部會議中，我們除了定調討論主軸外，也針對該議題應涵蓋的基礎知識面向、適合邀請出席的講師(專家學者與團體代表)、預期達成之討論目標等議題有了初步共識。隨後則由計畫團隊內部成員接手進行後續的規劃與執行工作。

2.召開諮詢會議；並另行諮詢審議專家

本計畫團隊在決定會議討論主題後，便開始規劃針對該主題適合採取的審議會議模式，並決定採取公民審議會議的模式。除此之外，儘管本計畫由於納入工作範圍之項目繁多，所以並未再另行規畫籌組針對審議會議進行監督之執行委員會，我們仍決定召開兩次的諮詢會議，借以替代過往執行委員會所發揮之功能。諮詢會議的舉辦時間分別為8月27日與11月20日，諮詢會議出席者包括黃啟嘉(中華民國醫師公會全國聯合會常務理事)、郭年真(臺灣大學健康政策與管理研究所助理教授)、滕西華(中華民國身心障礙者聯盟秘書長)、謝天仁(中華民國消費者文教基金會董事長)、蔡麗娟(台灣癌症基金會副執行長)、楊哲銘(台北醫學院大學醫務管理學系暨研究所教授)、林治萱(台灣在宅醫療學會教學研究中心主任)等人，每次會議約進行兩小時，並由計畫主持人林國明老師擔任會議主席。會議全程錄音並整理為逐字稿供作參考，會議中與會專家針對審議會議的辦理、專家學者與團體代表的邀請、可閱讀資料的初稿、科技工具的運用等面向提供意見。本計畫團隊則盡可能配合諮詢會議中的相關建議和決議籌備本次「分級醫療公民審議會議」。而在十月份公民審議會議圓滿落幕後，我們則再度召開會議，提供會議實際執行之相關資訊，並與諮詢會議出席專家報告和交流。

本計畫認為，過往執行公民審議會議在召開執行委員會時，常因難以開會時間難以協調而難以召開執行委員會議，或有部分委員缺席的情形，與執行委員應涵蓋不同立場者的原則相違。本次實驗性計畫是採取一次會前討論，一次會後檢討的諮詢會議的彈性作法，才取代執行委員會。重要的會議決策，如抽選公民的原則、可閱讀資料的內容，專家名單，還是應該諮詢不同團體代表與專家的意見，但可以在一次會議中討論，以避免召開多次會議的困難。

此外，我們在著手規劃審議會議前，也徵詢國內兩位公民審議專家之意見，包括清華大學社會所的林祐聖助理教授，以及審議工作者張婉慈女士。我們針對

目前國內的審議民主發展、可能運用之科技工具、相關應用經驗、可能存在的利弊等議題進行討論。這些意見也都成為後續我們在會議過程中寶貴的參考，並影響我們對於科技工具角色的規劃。

兩次諮詢座談會與座談會議之辦理時間與出席者請見下表：

表 5-1 諮詢座談會

會議性質	時間	出席者	備註
諮詢座談會	8/27	黃啟嘉常務理事 郭年真助理教授 滕西華秘書長 謝天仁董事長	實驗會議籌備
諮詢座談會	11/20	蔡麗娟副執行長 吳榮達律師 郭年真助理教授 林治萱主任 楊哲銘教授	實驗會議檢討

3.定期召開內部工作會議

本工作團隊也多次召開內部工作會議，確定各項會議辦理之執行細節。專任助理與兼任助理更在此過程中，進行縝密的分工。每次工作會議約進行 1.5 小時，針對當前工作執行進度與執行成果作出檢討，並確認後續工作流程與分工。每次工作會議皆有其主要確認事項，包括可閱讀資料之架構、可閱讀資料初稿討論、審議會議之招募與宣傳、審議會議之相關規劃、審議會議會前會等。其中，在我們確定審議會議之主持人、協同主持人、線上主持人後，我們更邀請三位審議主持人與工作團隊碰面進行討論。在該場「會前會」當中，執行團隊與審議主持人仔細確認議程細節、注意事項。除此之外，更針對科技工具的應用進行深入討論。我們更提供可閱讀資料供幾位會議主持人參考。

4.撰寫可閱讀資料

可閱讀資料的撰寫是一場審議會議的重要工作項目，本次的可閱讀資料亦不例外。可閱讀資料的目的是為與會公民提供淺顯易懂、多元觀點的基礎資料，以利參與者奠定對於議題的基本認識，並能夠針對議題進行知情(informed)討論。分級醫療公民審議會議的可閱讀資料則涵蓋了分級醫療的基本定義、目前政策如何透過醫學中心、地區醫院與病患各方角度進行推廣與制度設計等。可閱讀資料初稿完成後，我們便提供給團隊內部進行試讀以確認其品質；隨後更提供給諮詢會議之專家事先閱讀並針對內容之周延性與易讀性提供意見。而諮詢會議之專家均給予極高的評價。完整之可閱讀資料請見附錄五、可閱讀資料。

5.規劃與實際召開會議

本次之「分級醫療公民審議會議」於 10 月份登場。我們針對本場實驗會議的籌備工作則於六月份便逐步展開。本次之審議會議共進行四日。10 月 13、14 日為預備會議；10 月 27、28 日則為正式會議。本場公民審議會議的公民小組共為 20 人，並須全程參與四日會議。實驗會議期間我們在各個階段均設想和規劃

科技工具所能夠扮演的角色，並要求工作團隊予以納入、針對成效與效應作觀察與紀錄。

二、各項納入科技工具之嘗試¹⁸

首先我們在籌備會議時便決定，除了透過各項實體宣傳管道招募公民外，我們也將廣泛地透過各種科技工具來招募參加者。舉例來說，我們透過成立本實驗會議之臉書粉絲團來進行宣傳和招募工作；此外也透過 EDM 的網路電子郵件和 Line 群組的轉發；以及至相關網路論壇(包括批踢踢實業工坊、Dcard 醫療主題頁面)以及衛福部官方網站張貼會議招募訊息等方式進行宣傳。換言之，我們認為透過科技工具的使用，將有助於擴展本會議招募資訊的有效擴散，並能夠成功吸引到關心會議主題(分級醫療)的民眾報名參加。

¹⁸ 在各種網路工具的選擇上，我們以介面普及性和操作簡易性作為兩大原則，透過實際操作測試、網路搜尋使用者評價與心得等方式蒐集資料。最後本計畫在宣傳上便選擇成立臉書粉絲團頁面；在直播介面上則選擇透過臉書(Facebook)進行；而匿名發言系統則採用 Slido。

圖 5-1 臉書粉絲團頁面



除了宣傳之外，我們也提供多元的報名管道，在傳統的電話報名和傳真報名外，我們也以建立 google 線上報名表單的方式來接受民眾的報名。事實上，為了便於所有報名者的資料統整，研究助理在接受傳統管道的報名後，也是協助輸入線上報名系統，這對於有效率的彙整報名者資訊很有幫助。線上報名系統可以即時更新所有報名情況，而工作團隊更能夠透過共享線上報名系統之帳號密碼後，隨時隨地查詢最新報名情形，並彼此共享報名資訊，即時查找確認。

此外，我們的可閱讀資料也全文 e 化上網，並以 flpsnack 網站轉換為電子書型態提供(請參考 <https://www.flipsnack.com/7FD8AD8A9F7/-..html>)。我們希望除了 20 位公民小組成員外，其他對於本議題有興趣的民眾都能夠透過這樣的基礎資料對於議題有所認識。電子書的型態強化了可閱讀資料的參閱功能，一方面，電子書的型態模擬一般書本的翻頁方式，讓閱讀經驗極為舒適；另一方面使用者可直接從目錄頁面點選感興趣的章節，並直接跳至該部分進行閱讀。

圖 5-4 閱讀資料電子書內頁



上述曾經提及本實驗會議成立專屬的臉書粉絲團。該粉絲團的名稱為「生病該去哪裡看病？分級醫療公民審議會議」（請見 <https://ppt.cc/fpspQx>）。該臉書粉絲團為開放性質，並由計畫團隊內部人員共同擔任管理者，以利即使回應、更新與修改。我們並透過團隊人員之分享轉貼以及至醫療相關論壇張貼臉書粉絲團訊息等方式來擴大該會議粉絲團之按讚狀態。

接著，為了更徹底的運用該公開粉絲團頁面，我們也於九月份於實驗會議之臉書粉絲團陸續張貼與會議主題相關之關鍵問題，希望能夠透過對於相關問題的回應廣泛地收集民眾針對分級醫療相關政策的看法。換言之，我們期待該臉書粉絲團除了是工作團隊發布與實驗會議相關之訊息的管道外，也能夠更積極地扮演收集網路意見的角色。我們並責成一位研究助理主要負責意見回覆之整理工作，並要求能夠將相關問題盡量轉貼分享，以避免只侷限在已對臉書粉絲團按讚之網路使用者，而未能擴大意見之收集範圍。

針對實驗會議本身我們也進行全程線上直播。透過臉書的直播功能，我們在會議正式登場前數週，便開始持續宣傳我們將有全程線上直播的服務。一方面我們透過臉書粉絲團頁面的發文進行公告；另一方面，工作團隊在抽選出能夠實際參與會議的二十位公民成員後，在寄發未能獲選成為參與者的通知信給予其他的報名者時，也再三強調對議題有興趣的民眾均能夠透過線上直播全程線上參與（包括預備會議的授課階段、討論階段，以及正式會議與專家對談階段和討論階段均包括在內）。此外，我們在實際會場也加開一間「觀察室」，讓工作團隊、委辦單位人員、其他民眾等均能夠透過線上直播貼近觀察會議進行。

除了線上直播的功能外，由於此次實驗會議希望盡可能地擴展科技工具的運用，因此工作團隊也決定直接利用線上直播的留言功能，讓線上直播能夠同時化成為虛擬線上公共論壇，以利線上觀看者針對主題並隨著會議的實際進展發言討論。我們並另外邀請一位有豐富審議主持經驗者擔任線上虛擬公共論壇的主持人，我們的實驗會議會前會議便針對線上虛擬論壇可能產生的各種情況與正反效應

進行諸多討論。相關討論包括線上虛擬論壇是否因為不具備現場面對面的效果，而導致較為激進與不理性的發言；虛擬論壇的發言者多少具備匿名性，臉書直播因與臉書帳號連結，是否能降低此匿名性導致的無法課責性；虛擬論壇之發言如何定位、如何與現場流程相互結合；線上虛擬論壇存在即時與非即時的留言功能，如何紀錄和因應等。

工作團隊也於實驗會議實際登場前的數週前，便開始針對線上虛擬公共論壇進行宣傳，希望盡量讓對於會議主題有興趣者能夠參與討論。一方面我們在會議的臉書粉絲團和醫療相關論壇進行虛擬論壇的宣傳；另一方面我們則發信通知和提醒有報名、但未能被抽選為公民小組的民眾可以參與線上討論。

在實驗會議實際舉辦時，我們則規劃運用 Slido 系統來匿名收集二十位公民小組成員對於會議行政事宜的建議，透過匿名的意見收集系統，我們希望能夠讓公民小組較無顧忌的針對會議辦理細節提出意見、以供行政團隊進行改善。我們並強調匿名意見請盡量不要針對會議主持人本身和其他公民小組進行人身攻擊。此外，我們也規劃可能於會議辦理過程中，運用線上共筆軟體來記錄會議心得。

較為零星的科技運用包括會議過程中現場安排計畫助理直接利用筆記型電腦進行會議討論內容之紀錄，以利後續意見報告書的撰寫與彙整；而意見報告書確認時，會議主持人也是利用筆記型電腦直接投影撰寫進度至投影幕上，並帶領公民小組成員直接進行字句的確認。此外，我們也規劃創建本次公民成員的專屬 line 群組，以利會議中與會議期間以外的溝通。而意見報告書最終版本上網公告、預備會議與正式會議照片發布於臉書粉絲團等，以提高會議之公開性和透明性也是作法之一。最後，則是工作團隊在整個過程中的確透過即時對話群組有效整合各項行政事項與工作。

三、實際過程與評估

接下來我們將扼要說明本次「分級醫療公民審議會議」的辦理實際過程以及相關評估。我們區分為招募與宣傳；抽選公民小組；預備會議與正式會議；公民小組的意見報告書；以及對於科技工具運用的評估。

1. 招募與宣傳

本實驗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，除了張貼於本計畫為此實驗會議所成立之臉書粉絲團外並積極分享轉貼外，我們也將相關招募資訊張貼與國內較為熱門之批踢踢實驗工坊、Dcard 論壇相關主題頁面。

圖 5-5 臉書粉絲團宣傳



並透過委辦單位將會議召募資訊公布於衛福部官方網站。此外，我們也將海報與文宣以紙本寄送給國內各社區大學，並期望社區大學能夠協助張貼和宣傳。最後，我們透過電子郵件附加 EDM 的方式將相關訊息寄送給衛生局和許多公所，並經由北部和南部幾處公所的協力配合下，將資訊轉貼於許多 line 群組。

2. 決定公民小組組成，通知與寄送會議資料

最終我們的報名人數總有效報名人數是 173 人，其中有 18 人是透過電話報名，所以網路報名人數為 155 佔所有人數的 89.6%，電話報名多為年長者，其中 4 位無電子信箱。所有報名者的人口特質分布如下表。

表 5-2 報名者之人口特質

	人口特質	報名人數(比例)
性別	男	73 人(42.2%)
	女	100 人(57.8%)
教育程度	高中職以下	25 人(14.5%)
	大專院校	119 人(68.8%)
	碩士以上	29 人(16.8%)
戶籍地	北部	127 人(73.4%)
	中部	28 人(16.2%)
	南部	18 人(10.4%)
年齡	16 歲至 19 歲	8 人(4.6%)
	20 歲至 29 歲	80 人(46.2%)
	30 歲至 39 歲	26 人(15.0%)
	40 歲至 49 歲	15 人(8.7%)
	50 歲至 59 歲	11 人(6.4%)
	60 歲及以上	33 人(19.1%)

而根據全國人口特質分布與所有報名者之人口特質分布，我們確定了公民小組的人口特質分布，以及各種特質之應抽選人數，最後我們經由分層隨機抽樣所抽出，並參與本次實驗會議之公民小組特質如下表¹⁹：

表 5-3 預期與十計抽選之人口特質

	人口特質	公民小組 預期人數	公民小組 實際人數	公民小組 實際比例
性別	男	9 人	9 人	45%
	女	11 人	11 人	55%
教育程度	高中職以下	5 人	5 人	25%
	大專院校	12 人	12 人	60%
	碩士以上	3 人	3 人	15%
區域	北部	13 人	14 人	70%
	中部	4 人	4 人	20%
	南部	3 人	2 人	10%
年齡	16 歲至 19 歲	1 人	1 人	5%
	20 歲至 29 歲	7 人	7 人	35%
	30 歲至 39 歲	3 人	4 人	20%
	40 歲至 49 歲	3 人	3 人	15%
	50 歲至 59 歲	2 人	1 人	5%
	60 歲及以上	4 人	4 人	20%

而值得一提的是，本次報名民眾踴躍，年齡範圍廣泛。但仍可以留意到報名者之人口特質為學歷偏高、年齡較輕、居住地仍以北部地區為大宗的情況。在抽選完成後，我們則針對被抽中者進行通知，並確定能夠全程參與四日會議者才算正式成為公民小組，若有被抽中者未能全程參與則根據相同之人口特質於報名資料中進行再次隨機抽選。此外，正式成為公民小組者，我們則告知會議之注意事項、權利和義務，並於十天前寄送會議資料與可閱讀資料以供閱讀。

3. 預備會議與正式會議

本次的預備會議與正式會議各舉辦兩日，整體會議共進行四日。預備會議於 10 月 13 日和 14 日舉辦；正式會議則於 10 月 27 日與 28 日舉行。預備會議主要是由專家進行授課、給予公民小組成員多元觀點和基礎知識，並由公民小組成員進行內部討論；正式會議則進行與專家對談的階段，並由公民小組針對各議題進行內部意見討論和凝聚共識，最後更撰寫為意見報告書。詳細預備會議與正式會

¹⁹ 需要說明的是，儘管我們最初所抽選出之公民小組名單完全符合預期，但由於在助理進行通知時便有被抽中之民眾表示無法全程參與，故針對特定人口特質者曾歷經數次重新抽選。最終之公民成員組成則與預期並未完全符合。但由於報名人數眾多，我們對於公民小組之人口特質組成之異質性有一定程度的信心。

議議程請見附錄七、公民審議會會議議程。此次審議會會議的討論議題為以下幾點。包括公民對於分級醫療的願景；如何落實分級醫療，分別從民眾端和醫療院所端談起。

以下為正式會議與預備會議之照片數張，以供參考。相關照片我們也已悉數整理公布於實驗會議之臉書粉絲專頁：

圖 5-6 預備會議授課



圖 5-7 預備會議授課



圖 5-8 預備會議綜合討論

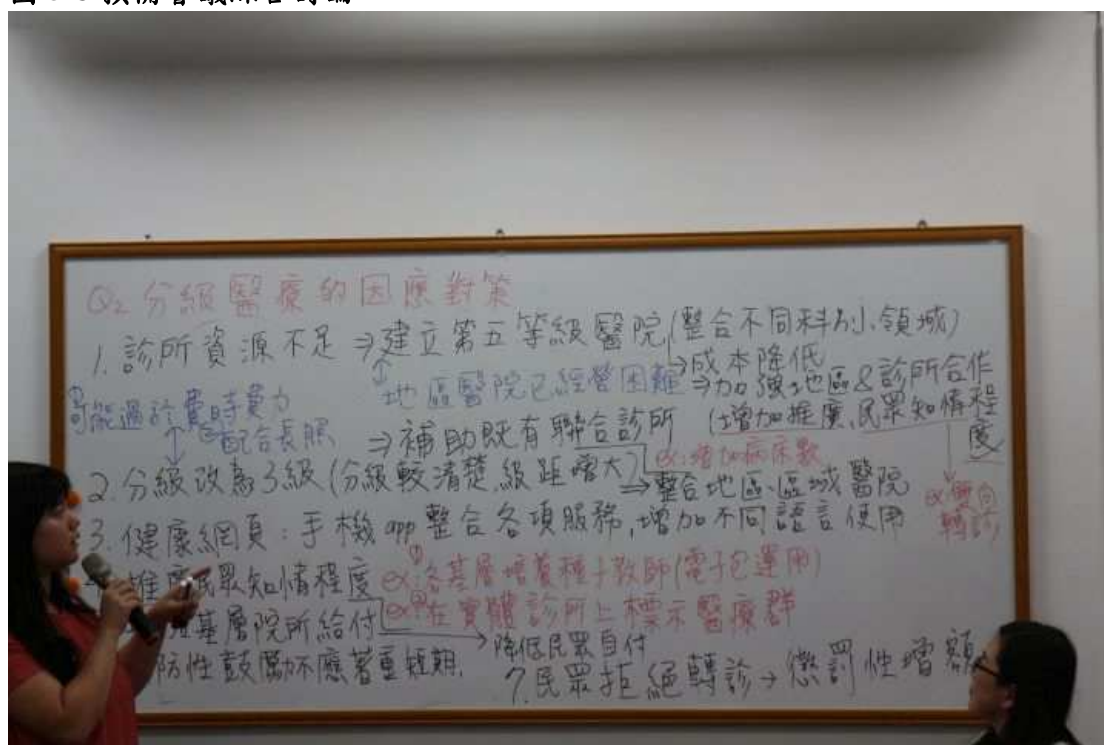


圖 5-9 正式會議專家對談



圖 5-10 正式會議專家對談



圖 5-11 觀察室直播狀況



圖 5-12 正式會議公民代表撰寫意見報告書



圖 5-13 正式會議公民代表撰寫意見報告書



4. 公民小組的意見報告書

實驗會議的最後，我們由公民小組成員自行推派數位成員擔任主筆人，其他成員則根據主筆人和議題分為數個小組，在工作團隊人員的協助下，運用會議內的時間完成「分級醫療公民審議會意見報告書」的初稿。最終全程參與本實驗會議的公民小組共有 17 人。在缺席的 3 人中，其中 2 人於會議第一日便無故未到，故取消參與資格；其中 1 人則參與兩日預備會議，但於正式會議缺席，也因此取消參與資格。

意見報告書初稿在會議結束後，由行政人員進行文字確認與潤飾。由於會議內的時間較為短暫，行政團隊主要是針對意見與共同想法進行確認，較缺乏時間對於整體文字流暢度進行修改，故在會議一週內完成文字潤飾，並再交由公民成員進行確認無誤後，連同 17 位成員所簽署之同意書公布於網路供外界參考(請見附錄九、公民小組意見報告書)。從報告中，可以看到參與公民的集體價值：公民們支持分級醫療，壯大基層醫療，但也希望有更充分的就醫資訊。公民們希望「透過分級醫療的制度，改變現在民眾就醫的習慣，讓民眾建立對基層醫療體系的信任感，能透過醫療社區化、在地化的設置，尋求專業意見，合理評估自己本身的病情，選擇最適當的醫療體系」。

5. 對於科技工具運用的評估

在本實驗計畫中，我們刻意規劃了諸多科技工具運用的機制。在此我們欲針對此提出評估。首先在運用科技工具進行會議宣傳與公民招募上，我們認為堪稱成功。本次會議的報名極為踴躍，報名人數眾多，因此在抽選公民成員之際，能夠提升其選擇、擴充異質性。然而，可能是因為以全國作為範圍進行實體宣傳有其困難度，且本計畫之執行經費中並沒有充分的費用用來印製大量海報、刊登報

章雜誌廣告等，因此的確多半仰賴虛擬世界之宣傳(包括網路分享與轉貼)，且報名方式也多半是透過網路報名，因此以報名者來說，的確觀察到年齡較輕、學歷偏高等情形²⁰。這可能與網路使用者之特質有關。不過由於本次議題為分級醫療，仍有不少中高齡民眾透過傳真與電話進行報名，故我們的公民小組仍能夠抽選到中高齡者和學歷較低者。

針對實驗會議所成立之臉書粉絲團的按讚率在十月份會議實際進行時達到高峰，約為 250 人。然而我們認為這樣的按讚數仍舊不夠高，且我們已透過計畫相關人員積極進行分享與轉貼，並邀請未被抽選為公民小組的報名者加入，此外也經由臉書之廣告功能進行推廣，但按讚數卻難以大量增加。事實上，這樣的情況可以普遍在許多的審議計畫中觀察到，也說明單一審議計畫之所能引起關注極為有限。這同時也影響到後續網路討論、線上直播觀看率、虛擬線上公共論壇的參與狀況。舉例來說，儘管本計畫精心設計了諸多提問於臉書專頁甚至是其他相關論壇提出，也可以發現幾乎完全沒有人員回應和答覆的情形。以下圖為例，我們推出的「民意大調查」單元幾乎都是有少數分享和按讚，但卻無人回應(即使在其他公共論壇亦是如此)：

²⁰ 此外，由於本工作團隊中有不少來自台北大學的成員，因此我們也發現，由於臉書轉貼分享有其邏輯性，故最終報名者和參與者中有不少為台北大學的成員。這可能也是未來需要進一步探究得侷限性。不過，參與者皆與工作團隊成員素不相識，特此說明。

圖 5-14 臉書粉絲團頁面



下表便整理審議會議臉書粉絲團的各種量性數字供作參考。部分貼文有使用臉書支付費系統以增加能見度：

表 5-4 分級醫療公民審議會議臉書粉絲團使用狀況統計表

	日期	類型	備註	觸及人數 (自主+付費)	點擊次數	心情與 留言次數
1.	8/1	相片	粉絲團大頭貼	1	4	0
2.	8/1	相片	粉絲團橫幅	46	8	0
3.	8/3	相片	報名海報	5370	413	130
4.	8/7	近況	分級醫療小知識	85	1	3
5.	8/30	近況	報名提醒	201	23	7
6.	9/6	近況	報名結果	58	8	4
7.	9/17	近況	民意大調查 1	798(413+406)	95	120
8.	9/23	近況	可閱讀資料 1	44	14	3
9.	9/30	近況	民意大調查 2	608(50+563)	22	86
10.	10/3	近況	可閱讀資料 2	48	1	4
11.	10/4	近況	可閱讀資料 3	56	3	7
12.	10/6	近況	可閱讀資料 4	107	5	15
13.	10/6	近況	民意大調查 3	1089(185+904)	37	15
14.	10/11	近況	出席、直播提醒	59	10	5

15.	10/13	直播影片	預備會議直播	453	74	39
16.	10/13	直播影片	預備會議直播	105	33	11
17.	10/13	直播影片	預備會議直播	87	35	14
18.	10/13	直播影片	預備會議直播	253	30	16
19.	10/13	直播影片	預備會議直播	197	16	12
20.	10/14	直播影片	預備會議直播	75	22	10
21.	10/14	直播影片	預備會議直播	256	18	12
22.	10/14	直播影片	預備會議直播	89	11	10
23.	10/14	直播影片	預備會議直播	97	16	8
24.	10/27	直播影片	正式會議直播	119	28	18
25.	10/27	直播影片	正式會議直播	201	82	27
26.	10/27	直播影片	正式會議直播	92	15	7
27.	10/28	直播影片	正式會議直播	126	35	8
28.	10/28	直播影片	正式會議直播	82	12	4
29.	10/28	直播影片	正式會議直播	60	7	1
30.	10/28	直播影片	正式會議直播	63	13	2
31.	10/29	近況	感謝文	71	21	7
32.	11/6	相片	活動照片	57	18	0
33.	11/6	相片	活動照片	76	25	0
34.	11/6	近況	公民意見報告書	80	19	7
一共 34 篇貼文				11209 次 觸及人數	1174 次 點擊	612 次 心情與留言

而在實驗會議實際進行時，我們的網路直播觀看人數最高數量為 11 人，其中包括幾位工作人員。會議過程中儘管數度有線上觀看者提出對於直播品質、畫面提出建議，但與會議主題相關的討論只有兩次。每一段議程展開時，我們的線上論壇主持人均會透過文字留言鼓勵發言，但成效均不大。而在本計畫回應的部分，一方面對於直播品質提出建議的發言，我們會立即進行改善，並給予文字回應；另一方面，針對會議主題所提出的意見，我們也透過文字主持討論，希望網路使用者進行釐清想法等。

不過我們也發現現場的實際討論與線上討論難以有所整合的情況：儘管皆針對相同議題提出看法，但線上討論者的分享仍難以與實際會議現場整合。畢竟線上討論者的意見仍是根據自身過往經驗，較難以立刻與現場討論相互整合。故也只能採實體與虛擬討論分開並陳的情況。更重要的是，公民審議會會議的實際討論

所產出的整體十分具體(透過意見報告書的撰寫)，此次實驗會議中線上虛擬論壇的參與者過少、討論過度零星，且未能持續對話，其品質與有效性和實體討論差距甚遠，故甚至連併陳之必要皆無。意味著經過評估，本計畫團隊認為本次線上虛擬論壇之發言無須與實體討論相互結合、無須納入意見報告書。

除此之外，我們原本規劃要針對公民小組成員創建專屬的 Line 群組，以利整體的溝通與聯繫。然而我們發現成員中有兩位高齡者甚至沒有使用手機的習慣，故考量到整體之公平性與聯繫的周全性，故決定作罷，以有效避免科技落查在本次會議中發酵的情形。因此本實驗會議之相關聯繫仍主要仰賴專任助理透過電話與寄發 email 來對於公民小組進行事項提醒。

值得一提的是，近期我們也對於其他團隊所辦理的審議會議進行觀察，我們發現儘管某些會議的參加者均有使用智慧型手機，因此成立專屬 Line 群組進行會議事項之討論與聯繫，但仍會因為不同成員對於 3C 科技使用的嫻熟度造成極大落差。其結果是在 Line 群組中部分成為極其活躍、其他成員相對沉默的情況。更嚴重的是，這樣的情形很可能也會諷刺地影響到實際會議討論。也就是說，當 Line 群組成為在實體會議以外的溝通方式、甚至是延長戰線的討論環境時，卻未能有考量到審議精神的主持者與秩序維護，很容易造成發言不均的情形，最後回過頭來讓在 Line 群組中活躍分子成為實體會議中的領導者。

基於類似的理由，考量到成員對於電子產品的使用熟悉度、能力懸殊落差，我們也決定放棄採取共同筆記的介面來進行會議紀錄。畢竟本次實驗會議的參與者包括學歷較低、年齡較長的成員，不顧這樣的人口組成特質，強行「為了使用科技工具而使用科技工具」將造成另一種的壓迫與不平等。可以附帶說明的是，在觀察其他團隊的科技運用時，我們的確也觀察到某些團隊在撰寫意見報告書的階段鼓勵成員自行帶電子產品到現場進行紀錄、文字編寫的情形。但我們判斷其負面效應遠比正面效應來得大。我們觀察到的是參與公民可能因為透過科技工具連線上網而無法專心於會議討論；部分參與公民因為經濟能力與對於 3C 產品之操作不熟稔，而必須忍受科技落差帶來的負面效應，逐漸在整個計畫中遭到邊緣化，而其他人則成為會議中的「菁英」與「領導者」等。

最後，我們認為透過 Slido 介面來蒐集參與公民的意見極為有效。以預備會議尾聲時為例，便有成員透過系統反映對於會議行政流程的意見。包括請會議主持人留意偏離主題的發言；會場地點難尋、應嘗試提供更清楚的資訊；以及行政人員們極為辛勞、非常感謝等意見²¹。而針對幾位成員不懂得如何使用該介面的參與者的補救作法，我們則是請行政人員逐一當面詢問意見、並詢問是否需要協助使用該介面；最後，我們在會議結束時也發放後測問卷詢問相關意見。我們認為參與公民並未因為匿名性而對於會議相關事項提出過度謾罵，並能夠中肯的提出建議、以供改善是非常正向的經驗，未來應持續考慮相關應用性²²。

四、建議與未來方向

²¹ 透過 Slido 系統共有四則意見被提出，且均集中於預備會議第二日結束後當天晚上。顯見是因為審議會議主持人之提醒而使用。故未來採取此項工具時，應多加鼓勵與提醒。

²² 本次會議考慮到部分成員在科技工具操作上的不熟悉，以及會議進行之節奏，並未使用 Slido 系統來蒐集對於講師和與談人的提問，未來可積極考慮相關可能性。

本次實驗會議的實際執行的經驗，除了針對衛福部近年極力推廣的分級醫療作出具體的討論，並產生務實的民眾意見外，也讓我們能夠評估科技工具在審議過程中的角色與利弊。我們發現某些科技工具的運用的確有助於我們更有效率與效果的辦理審議會議，然而有些科技工具在目前的情況下仍可能造就會議內部的數位落差而不宜貿然大量使用，以避免變相的將某些民眾排除在外，並且造成意見蒐集上的偏誤和排擠效果。

我們發現要透過單一計畫所成立的計畫網站與臉書專頁來達到宣傳、招募與線上論壇仍是極為困難的事情。既然如此，我們便必須考慮政府如何透過現有的網站或者線上管道，來整合所有相關的意見蒐集與審議計畫宣傳和線上論壇辦理等。舉例來說，近年來國發會便致力於透過網站建立平台來蒐集民眾對於不同公共議題的建議，甚至邀請民眾自行提出對於特定議題的關切、發動連署與討論等。我們認為這的確是值得稱許的做法，但如何針對這類網站作更廣泛的宣傳、降低使用門檻、整合資訊是必須持續改善的方向。此外，我們也建議，未來可由政府成立一資訊整合平台，作為公私部門辦理審議討論時的共享宣傳、報名、線上直播與討論平台等。或許可以大幅提升資訊的宣傳、民眾的線上參與率等。

儘管我們觀察到科技工具的應用必須尊重公民小組的組成，並視實際參加成員對於相關科技使用的嫻熟度來決定科技工具使用程度之多寡，然而某些科技工具的使用無涉於公民小組的組成與科技嫻熟度則可盡快採用，提升會議辦理之效率。除此之外，科技工具的應用程度高低於是也和審議會議的討論主題相關，本次實驗會議是以「分級醫療」作為主題，故報名者中有許多經常使用醫療服務的中高齡者，他們也是對於科技工具較不熟悉者。或許在某些議題上，若最終公民小組成員皆因為討論主題而對於科技工具有一定程度的掌握則無此限制。

即使本計畫根據實驗會議的執行經驗，提出了諸多對於科技工具於審議會議運用的提醒與反思，但以大方向而言，我們認為科技工具勢必會逐步在審議會議中佔據更重要的角色。舉凡宣傳、招募、線上直播等資訊公開的做法，均能夠透過科技工具的運用而大幅提升成效與影響力，也能擴大審議計畫的公開性和透明性。此外，假使科技工具能夠有助於虛擬公共論壇的進行，則能夠作為實際討論的補充，畢竟能夠到現場實際進行討論者仍舊有限，透過線上非即時論壇與線上即時論壇則能夠作為互補、擴大參與。但如何讓科技參與之落差縮短、減少匿名性帶來的負面效果、確保參與者在知情的前提下進行發言，則仍須規劃與設計。

最後，本計畫也提供對照表說明審議會議辦理各階段採取之科技工具之目標跟注意事項：

表 5-5 審議階段與科技工具之應用

審議階段	科技工具使用之目的	注意事項
宣傳	俾使審議會議之消息廣泛為人所知	仍需搭配實體宣傳，避免數位落差；若是架設活動網站，為提升作用與能見度，應考慮建構共享審議平台
招募	俾使審議會議報名資訊為人所	報名管道、方式需多元，除科

	知	技工具使用外，亦須提供傳統報名方式
閱讀資料	閱讀資料的撰寫過程可透過科技工具搜尋資訊；完成後閱讀資料可透過科技工具提供、公開、保存	尋找適切網路工具轉換為簡易操作之介面
審議會議	<ol style="list-style-type: none"> 1. 提供網路直播，供未能到場者即時或非即時的參與 2. 提供即時線上審議論壇 3. 透過非即時論壇收集意見 4. 利用 slido 系統匿名表達意見、提問 5. 利用科技工具保留會議過程(電腦文字記錄、錄音筆聲音紀錄、攝影的影像紀錄) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 直播資訊需事先宣傳；直播連結需提供 2. 需有專人進行審議討論之主持；避免匿名性帶來之後果；線上審議論壇與實體討論之結合方式 3. 非即時論壇如何彙整意見；如何鼓勵發言；如何與能見度較高之平台結合 4. 避免匿名性於會場造成的不理性發言、甚至是對於其他參與者的傷害；留意數位落差 5. 若邀請公民成員操作時，留意數位落差與提供可能的協助
公民小組	透過科技工具進行聯繫、資訊提供、實體會意外的持續互動	留意數位落差可能造成的發言不均等問題
審議結論	透過科技工具公開與保存	如何擴大影響力

在健保議題蒐集民意輿情和政策溝通的面向上，可區分為持續性與議題性兩種類型。以持續性蒐集而言，建議健保會可在既有官方網站納入相關功能。提供民眾經驗分享和意見發聲之平台。更重要的是，相關發言與討論需要有專責回應之人員與機制，以避免持續性的意見蒐集淪於形式。而在持續性的功能上，除了非即時溝通管道之外，也可考慮啟用即時溝通之功能。目前可提供即時溝通之軟體眾多，健保會可仿效民營企業蒐集意見之方式，試行線上即時溝通之作法。讓常民在有意見想要傳遞之際，可以點選即時溝通之功能，立即與線上人員進行對話。當然地，在持續性蒐集民意的即時溝通功能則需有適當之人員，在固定的上班時間啟用相關功能。相關意見蒐集後，也須擬定一套內部的回應機制。無論是即時與非即時的意見蒐集功能，都需要持續經營、廣為宣傳，才能夠提升其作用。而持續性的意見蒐集一旦常規化、建置為健保會網站下之選項之一，其所耗費之成本其實並不高，惟須持續投入關注與人力。而議題性的民意蒐集和政策溝通上，則是針對較具備急迫性的健保議題才予以規畫和發動。而在議題性意見蒐集機制的發動上，則可區分為兩種啟動模式，一方面，健保會這端可以根據所需，針對有急迫性之議題啟動實體審議會議之辦理；另一方面，假使在持續性蒐集之民眾意見中，經回應機制評估認為具備一定之重要性，也可啟動實體審議會議的辦理。目前國發會所提供之 Join 平台是以提案同意人數作為門檻，以確認議題之重要性和急迫性；儘管理解此一邏輯是為了確保議題的重要性與關切程度，但有時會

淪於比較民眾拉票能力之虞，故我們建議在同意人數之外，增設評估議題關鍵性、急迫性與重要性的機制，以做為啟動花費較高、費時較長之實體審議會議之標準。

參考文獻

1. 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。
2. 陳敦源，2009，民主治理與電子化參與，T&D飛訊，第83期。
3. 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。
4. 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。
5. 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）。
6. 游明儀，2002，網路社群與民主參與，中華傳播學會年會。
7. 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)。
8. 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)。
9. 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)。
10. 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)。
11. 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。
12. 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。
13. 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。
14. 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)。
15. 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)。
16. 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。
17. 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。

18. 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。

19. 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。

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. 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。

22. 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。

23. 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。

24. 張鐙文、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。

25. Davy Janssen, Raphael I Kies, 2005, Online Forums and Deliberative Democracy, *Acta Politica*, 40, 317-335

26. Lincoln Dahlberg, 2001, The Internet and Democratic Discourse, *Information, Communication & Society* 4:4, 615-633

27. SCOTT WRIGHT, JOHN STREET, 2007, Democracy, deliberation and design: the case of online discussion forums, *New Media & Society* 9(5)

28. Tamara Witschge, Online deliberation: Possibilities of the Internet for deliberative democracy, Dutch Science Foundation, 425.42.008

29. Peter Dahlgren, 2005 The Internet, Public Spheres, and Political Communication: Dispersion and Deliberation, *Political Communication*, 22:2, 147-162

30. Liza Tsaliki, 2002, Online forums and the enlargement of public space: research findings from a European project, *the Public*, vol.9, 95-112

31. 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

32. Scott Wright, 2011, Politics as usual? Revolution, normalization and a new agenda for online deliberation, *new media & society*, 14(2), 244–261
33. Deen G. Freelon, 2010, Analyzing online political discussion using three models of democratic communication, *new media & society*, 12(7), 1172–1190

附錄一、願景工作坊操作手冊

願景工作坊操作手冊

第一節 簡介與使用時機

一、什麼是願景工作坊？

願景工作坊(scenario workshop)是由丹麥所發展出來的一種具有審議民主精神的公民參與模式，目的是讓一般民眾也能和政府官員、學者專家、產業界人士以及社會團體代表，平起平坐地齊聚一堂，針對社會必須共同面對的問題，互相討論，交換意見，在對話的過程，發展未來的願景，尋求問題的解答。

在多元化的社會裡，人們也許有不同的價值觀，又可能因立場不同有利益衝突，這些普遍存在的困境尚待某種機制加以克服。倘若要解決這些問題，會需要蒐集來自各方的知識與資訊，也需要來自不同社群的人們通力合作。然而，由於人們利益分歧，價值有別，認知不同，對於什麼才是解決問題的最佳方案，可能看法不一，甚至陷入衝突對立的僵局。

願景工作坊嘗試創造一個對話空間，讓不同的人群能夠溝通、合作，發展出可能的共同願景。其目的是希望促進相關行動者的互動與瞭解，鼓勵大家提出趨於共識的行動計畫，群策群力一起來解決問題。除此之外，不同群體的參與，亦能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別的會議形式，有一定的程序和規則。在工作坊進行之前，主辦單位會先準備「可閱讀資料」，淺白易懂地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後果，讓參與者透過對劇本的批評來發展共同願景。

一般來說，舉辦一次工作坊會需要兩天的時間，但較為單純的議題，也可以在一天完成。正式會議分作三個階段：「瞭解與批判」、「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、觀點與知識，批評「劇本」所描繪的未來景象，表達自身對未來發展有何想像。接著，以前一階段產生的觀點為基礎，試著在不同與會者之間形成初步的共同願景。到了行動計畫具體化的階段，與會者進一步提出如何實現願景的作法。在發展行動計畫的時候，與會者必須釐清問題，並給予不同的行動計劃偏好排序，並詳細地指出「哪些人必須作哪些事」，才能克服障礙，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，討論「醫療品質資訊公開」的議題。2005 年 10 月，台大社會系接受行政院勞委會職業訓練局委託，辦理「國家職訓願景工作坊」。2006 年 12 月，台大社會系、世新大學行政管理系和政大公共行政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) 適用於需要長期規劃的政策議題。
- (二) 需要運用來自各方的知識與資訊，也需要不同行動者通力合作，才能發展解決問題的行動方案。

第二節 操作程序

一、願景工作坊操作程序

- (一) **擬定討論主題：**根據議題領域中最重要的面向和核心的問題來擬定討論主題，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，負責決定願景工作坊的重大事務，並監督願景工作坊的進行。
- (三) **邀請、招募與挑選參與者：**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。
- (四) **提供閱讀資料：**會議召開之前，寄發淺顯易懂的閱讀資料給每一位參與者。閱讀資料的內容，是以會議討論主題為軸心，介紹必須的資訊。
- (五) **撰寫劇本：**編撰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，形成自己的願景。
- (六) **舉行正式會議：**參與者透過交換經驗、批評「劇本」來形成未來發展的共同願景，並提出如何實現願景的作法。

二、如何擬定討論主題？

願景工作坊所討論的是具未來性的「願景」，如「我們需要什麼樣的醫療品質資訊？」「我們需要什麼樣的職業訓練？」等議題。由於討論屬性廣泛，如不加以限定範圍，恐會因為討論過於發散而因此失焦。為了讓討論能夠聚焦，應擬定討論的主題。

主題的挑選可能會左右工作坊討論時，會涉及到哪些議題面向。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，故而，我們可以將會議的討論主題劃定為：「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？」

會議的討論主題，也可以根據這個議題領域中最核心的問題來擬定。例如，在職業訓練這個議題領域中，最核心的問題是：我們需要什麼內容的職業訓練的內容？如何提高民眾參加職業訓練的意願？如何整合不同的職訓部門與資源？我們可以根據這些核心問題來擬定會議的討論主題，又或者是進一步在主題下增

列子題。

主題的擬定是會議籌備過程中至為關鍵的工作。主題不僅會影響整個會議的討論品質，也會間接影響閱讀資料和劇本的撰寫，乃至願景的討論與建構。

執行團隊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，提給執行委員會討論。面向或問題的選擇，涉及專門知識，執行委員必須熟悉相關領域，才能指出最核心的面向和問題。

問題和面向的選擇決定討論的主題，因此，需考慮會議的「可操作性」。主題不宜太過狹窄，以免限縮與會者的想像與討論空間。然而，主題亦不能太過龐雜，以致於討論時間不夠充裕。總而言之，執行團隊應選擇議題單一、範圍較小的主題，方能在短的會議時間內完成。

表附錄 1-1-1 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、如何成立執行委員會？

籌備願景工作坊之初，必須邀請議題領域的學者專家、政府部門代表，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，來協助會議的規劃，同時監督會議的進行能夠符合公開、平衡和具有建設性等目標。執行委員會一方面監督會議的執行，另一方面也決定重大的會議事項，包括：會議流程的規劃、參與會議者的招募與挑選、議題架構、核可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集合不同的行動者共同討論問題的現狀，發展願景，並提出達成願景的行動方案。其討論議題是具備未來性的，衝突性不如公民會議高，但人們對於問題的現狀，以及解決問題的方案，仍可能因為利益上的衝突、價值認知不同而有異見上的分歧。為了確保會議過程能夠呈現多元的觀點，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應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，還應考慮專長的互補性和代表的周延性，讓議題領域能盡量涵蓋所有知識和利益觀點。

四、執行委員會如何召開？

執行委員會由計畫主持人來主持會議，執行委員會一般需要召開三到四次會議，討論的內容包括會議時程、議題、參與者的招募方式和抽選原則、可閱讀資料、劇本內容、專題演講人選，以及正式會議議程。除此之外，執行委員會議例行性會議召開時，執行團隊應向規劃小組委員報告最近的籌備進度。

執行委員們必須了解他們的角色是協助執行團隊並為他們提供建議，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，以便讓執行委員瞭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，是以會議討論主題為軸心，介紹與會者必須先行了解的資訊。願景工作坊希望與會者能從事「知情的討論」，因此，可閱讀資料（或議題手冊）必須以淺白易懂的方式撰寫。

以「國家職訓願景工作坊」為例，可閱讀資料共分六章，共約五十頁。第一章介紹什麼願景工作坊。第二章則從勞動市場、產業結構的變遷，和就業問題，來說明台灣職業訓練所面臨的挑戰；並從這樣的說明中，引出本次會議所要討論的三大主題。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軸，介紹職訓的內容、參訓的意願和體系整合等議題。第四章介紹各國的職訓模式，目的是讓與會者瞭解政府、企業、民間機構和學校所扮演的角色與分工整合，在不同的體系中有所差異。第五章則從職訓的內容、

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

六、如何撰寫劇本？

願景工作坊會準備多套（通常是四套）劇本，描述未來的可能狀況，讓參與者藉由對劇本的批判和討論，形成各自的願景。不同的劇本，顯示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想法的刺激，而不是限制討論者的思考。

劇本的內容，應該從討論的主題，來描繪願景。因為願景工作坊的目的之一，是在討論不同的行動者應該作什麼才能達到共同的願景，因此，在撰寫刺激想像的劇本時，可以以行動者為主軸，貫穿會議的討論主題（但不一定要採取此種書寫模式）。例如，「國家職訓願景工作坊」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，是在刺激與會者進一步去思考會議的討論主題：我們需要什麼內容的職業訓練？如何提升參訓意願？不同職訓部門如何進行分工整合？

七、願景工作坊邀請哪些對象來參與討論？邀請多少人來參加？

願景工作坊邀請一般民眾和政府官員、產業界人士、專家學者以及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，從 24 人到 80 人不等，依預算額度和議題性質而定。預算少，可以減少人數。議題如果牽涉到比較多元複雜的利益，需要更多的異質性觀點，則建議增加人數，每個類別的參與人數從 6 到 20 人不等。

八、透過什麼途徑來招募、邀請和挑選參與者？

一般民眾透過公開管道進行人選的招募，再從報名者之中，依據民眾對議題的態度傾向為挑選基準，進行「分層隨機抽樣」，確保與會者組成具有異質性。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。所有有關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定。

其他類別的參與者，則以邀請參加的方式來招募。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），依序致函去電邀請參加。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；其餘「開放名額」，則會開放給其他經過聯繫後表達有意願的團體代表，若表達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步驟？

（一）瞭解與批評

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。再將參與者依照身份（「政府部門」、「學者專家」、社會團體）和「一般民眾」等）編成四組，各組針對會議討論主題交換意見，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。哪些願景具體而可行？哪些願景比較難施行？四組願景的共同主張為何？最明顯的差異又在哪裡？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，給予充分的討論，並在此階段的最後進行方案的決選。在決選出最具代表性的方案後，再次針對決選方案進行更細部的討論，著重於：這些想法是否可行？如何使其可行？如何擬出行動方案做為政策建議？

（四）結論形成

會議結束前，請參與者填寫此次會議的回饋問卷，並將結論報告送交相關單位參考。

十、願景工作坊的正式會議該舉行幾天？議程如何安排

一般而言，願景工作坊的正式會議需要兩天的時間。

在兩天的會議中，第一天的議程包括會議介紹、瞭解與批評和願景建構。會議一開始，先介紹願景工作坊的性質、議程，並闡述此次會議對與會者有什麼樣的期待。願景工作坊在程序上有其複雜性，故而必須讓參與者瞭解每個程序的目的以及參與者的任務。在參與者進行討論之前，會先安排一場專題演講，對議題的現狀與未來作整體性概要說明，議題介紹的內容必須扣緊會議的討論主題。接著，參與者透過交換經驗、批評「劇本」來形成未來發展的共同願景。第二天的議程，則會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。（有關於這兩天的詳細議程安排，請參考表 3-2）

不過，倘若討論主題的議題範圍較為特定，也可以將會議期程縮短為一天。由於時間有限，專家對議題的介紹可以省略，但不能將願景工作坊的說明排除，上午進行議題的瞭解、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。前兩天進行議題的瞭解、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，但所需經費也較高。除此之外，會議時程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，應該將這些因素都考慮在內。

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

參與者依身份（一般民眾和其他屬性代表）分成四組，進行形塑願景的分組討論。在分組討論中，與會者先對會議主題交換意見，並將意見彙整為本組的初步願景。

（二）比較初步願景與劇本的差異

初步願景形成後，接著便要比較劇本與初步願景的差異。與會者針對劇本進行討論，並且將劇本的批評討論與會議主題關連起來，思考各組的初步願景，有沒有什麼需要修改的地方？

（三）形成小組願景

做完劇本和初步願景比較之後，開始就討論主題（和每個子題）逐項討論。與會者針對每個主題（子題）提出補充或修正意見，以形成共同的主張。每一分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

全體會議階段不再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想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著重於：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？

（五）型塑共同的願景

願景工作坊如果進行兩天，在報告、批評、討論各組願景之後，即結束第一天的會議。執行團隊於第一天會後，將四組所提供的願景，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與會者，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？

行動方案的提出，有幾個程序：

（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、企業、民間職訓機構和學校這四類「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、企業、民間職訓機構和學校這四種職訓提供者，應該做什麼，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，主要在於聆聽與說服。意見交換完畢後，每人提出自己的行動主張，然後進行票選，選出本組最受支持的五個行動方案，於全體會議上報告。

每個願景工作坊都可以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」來選擇行動方案。這種方法的好處是方案選擇的過程包含「審議」的精神。K.J.法的之詳細進行方式請參考第五節「科技工具的應用」。

（三）決選行動方案

各組推派代表，在全體大會上報告該組選出的五個行動主張。全體成員與會者便對這些行動方案進行投票。參與者每人有五票，他可以將五票集中投給一個方案，也可以分散投給不同的方案，但不能投給自己所屬的組別提出的主張。投票完畢後，工作人員統計得票最高的五個行動主張，再由提出該方案的組別推派代表，向與會者進一步闡明該方案的內容和提出主張的理由。接著，與會者再次針對最後的行動主張進行討論。討論重點在於：這些主張具體上該怎麼樣做？可能會遇到什麼障礙，這些障礙該怎麼樣來克服？。它需要有怎麼樣的配套措施，才能夠讓這個政策的實現更完美？透過討論，凝聚共識，以形成實現願景的行動

計畫。願景工作坊獲致的結論，包括共同的願景與行動方案，向政府相關單位提出報告並提供決策參考。

願景工作坊正式會議的議程規劃可以參加下表國家職訓願景工作坊的案例：

表附錄 1-2-1 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
9：00～9：30	報到	
9：30～10：00	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 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	<p>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。</p> <p>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。</p>
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 預算

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
- 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 1-3-1 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	20,496	3,416(元)*6=20,496
公提儲金	12,600	2,100(元)*6=12,600
臨時工資	52,000	650(日)*80(人次)=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	826,696	
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）
會議記錄整理費	135,000	90(捲)*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
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	26,149	其他相關費用支出
合計	667,849	
管理費	145,455	編列業務費之 10%為學校管理費
合計	1,600,000	

第四節 執行進度與工作項目

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 1-4-1 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	■ 計畫主持人和三到四位瞭解願景工作坊和（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。

		<ul style="list-style-type: none"> ■ 與委託機構討論核心議題。 ■ 設定會議時間與地點 ■ 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。 ■ 與可能人選聯繫時，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，以瞭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繫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。
	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工作內容

		<ul style="list-style-type: none"> ■ 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、各類身份的參與者的招募方式、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	<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平衡的觀點給參與會議的公民。
	撰寫劇本	<ul style="list-style-type: none"> ■ 應該從討論的主題，來描繪願景，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，力邀參加的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
	準備招募相關文件	<ul style="list-style-type: none"> ■ 針對各種不同身份類別準備招募文件，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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 網站內容至少應包括：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、預備會議課程和正式會議議程。相關內容隨時陸續上網。
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"> ■ 政府官員部份請委託之政府機構正式發函 ■ 其他身份可由執行機構發函邀請
	招募一般民眾參加	<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。
第七週	確定邀請專題演講之專家	<ul style="list-style-type: none"> ■ 請專家就討論議題的現狀與未來作專題演講 ■ 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	<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	聯繫邀請政府官員、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	■ 根據性別、教育程度、年齡、職業和其他重要便項整理報名者名單 ■ 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繫	■ 若力邀參加的對象沒有報名，則持續聯繫；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： ■ 閱讀資料初稿 ■ 邀請授課大綱 ■ 參與者報名狀況及抽選原則和方式 ■ 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	■ 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	■ 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。
	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	確定參與者名單	■ 包括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作最後修改
	介紹議題的現況與未來的	■ 簡報檔或完整文稿均可

	專家繳交書面資料	
	聯絡參與者	<ul style="list-style-type: none"> ■ 持續與預定參與者保持聯繫，確定其能夠出席。若突然變卦不能出席，則從特質相同/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： <ul style="list-style-type: none"> ■ 願景工作坊介紹 ■ 會議議程 ■ 閱讀資料 ■ 劇本 ■ 會議地點地圖、交通與住宿資訊 ■ 其他相關資訊
第十七週	與參與成員聯繫	確定其能夠出席會議
第十八週	正式會議	
第十九週 至 第二十週	訪問參與者	<ul style="list-style-type: none"> ■ 針對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	

第五節 科技工具的應用

在審議會議的辦理過程中，善用科技工具可以提升各階段目標之達成，甚至讓審議精神更有效率與徹底的被體現。以下便列舉一些可能性：

- 一. 是否有必要召開、或者何種議題需要召開願景工作坊，除了由相關機關主動發起與籌辦外，亦可透過網路平台機制的設置與相關規則之設立來進行判准。以目前國發會所建置之「公共政策網路參與平台」為例，便能夠讓民眾自行透過該平台傳達對於特定議題之關切與發動討論之可能。當然地，民眾未必能夠判斷需要討論之議題適合運用何種審議模式，故在相關平台上，民眾獲得的是對於特定議題啟動審議機制的發起權，但判斷該議題應採取何種模式仍應由審議專家與主責單位決定。
- 二. 在會議資料的準備和撰寫上，可透過在與議題相關之網路論壇上主動發布審議議題之話題串，藉以蒐集民眾對特定議題之經驗與意見；也可以在相關網頁與論壇中蒐集網路使用者已存在之討論內容，整合後做為資料納入會議資料的撰寫內容當中。比方說，在擬定願景「劇本」(scenario)時，執行單位便可透過發言平台讓民眾提供不同劇本的可能性，這樣的做法可以讓一開始的流程設計便包含民意的參與，亦能較清楚掌握各種角色所可能抱持的特定立場，以利不同版本之劇本撰寫。
- 三. 在招募公民參與者和宣傳審議會議的階段，可廣泛透過相關議題之網站、臉書粉絲團、EDM 之電子郵件轉發、Line 群組等管道進行。
- 四. 在民眾報名時間截止後，應公開、透明地進行「分層抽選」。為達到公平之原則，在抽選和決定參加公民的階段，則可進行全程的影音記錄與網路直播，以供對特定審議會議有興趣者監督，俾使貫徹透明、公開等會議原則。
- 五. 審議會議相關資訊和會議手冊等資料可於會議前便公布上網，並於整個會議活動期間持續公開，以利公民參與者和其他有興趣之民眾閱覽。
- 六. 審議會議的辦理建議成立該會議之臉書粉絲團或活動網站，以利持續公布相關資訊、並作為參與者以及有興趣之其他民眾查詢與詢問的平台與管道。
- 七. 利用即時通訊軟體建立網路社群群組，讓審議會議之公民參加者全體得以保持連繫、並於會議辦理期間與非會議期間均可進行意見交換。此外，審議會議辦理之執行團隊也需在通訊群組當中，藉此觀察、留意和紀錄參加公民在群組內提出哪些議題與面向，有時亦可扮演答覆、協調與維持秩序的角色。必須提醒的是，加入通訊軟體群組一事不應變相成為對於成員的壓力，必須徵求每位公民參加者之同意、並強調隨時可退出與離開通訊軟體群組。也因此，即時通訊軟體群組不可成為執行團隊與參與者唯一的溝通管道，以避免資訊無法傳達之情事。另外，有些公民或許不熟悉特定通訊軟體之操作模式，也需有工作人員協助熟悉軟體，防止發言權不平等之情事產生。

- 八. 可自行建置或使用既有之匿名發言平台(例如 Zuvio 企業版網站和 Sli.do 等)讓公民成員可以在會議舉辦和進行期間傳達差於當面發言之建議和提問，並有助於修改與微調會議相關規劃。
- 九. 會議進行時，建議採取全程錄影與線上直播。讓囿於時間限制或人數限制而無法參與和到場之民眾亦可進行觀察。
- 十. 會議進行時，除了採取全程錄影與線上直播外，亦鼓勵線上參與之公民針對議題透過直播之意見欄位進行意見表達和討論，但需增派至少一名曾受過審議討論訓練之人員，透過文字進行全程之審議主持。當然地，線上討論與實體討論兩者之間的地為、整合與應用方式需由執行單位事前清楚界定。增設線上討論有其風險，執行單位若願意開放同步之線上討論，則需審印規劃，舉例來說，相關討論規則與討論結果之應用性，需事先規範與公開資訊；此外，為避免線上討論在使用者匿名的情境下進行，減損審議討論所強調之公開性，也可採用事前報名的機制。
- 十一. 在「提出行動方案」的討論階段前，由於牽涉到更換組別之操作，可先將前一個階段各組的討論結果，運用白板、筆電、平板電腦、投影幕等硬體，搭配 word、HackMD、Etherpad 等軟體協助會議紀錄與會議資料彙整。讓參與者在混合分組後，能迅速了解不同行動者之初步觀點。
- 十二. 審議活動的各項相關討論與資料均應在整理後盡速公布於官方網站或臉書粉絲團。

附錄二、審議式民調之操作 手冊

審議式民調之操作手冊

第一節 簡介與使用時機

一、什麼是審議式民調？

當政府面對重大的政策決策時，必須知道社會大眾的民意趨向。但是我們該如何取得具有代表性，對政策議題又有所知情的民意呢？史丹佛大學教授 James Fishkin 提出的審議式民調（deliberative polls），正能夠對此挑戰做出回應。我們過去熟悉的民意調查，讓我們能掌握具有人口組成代表性的民眾，對特定公共議題的態度傾向。然而，這些民眾卻十分有可能對這個公共議題的內涵和政策選項不甚「瞭解」，或只具簡單且單一的知識。此時，審議式民調試圖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，這些公民在公共審議的過程中，會藉由官方資訊的釋放來認識這些公共議題，形成「知情」的民意。

審議式民調在操作上結合了公眾代表性與審議性質。首先，我們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)，同時徵詢受訪者參加審議會會議的意願。其次，在這些被邀請來的受訪者參加審議會會議的過程中，會透過機制的設計鼓勵參與公民和其他公民彼此討論，其後，也會安排來自不同立場的專家提問時間，再配合閱讀相關的資訊，來認識公共議題在不同的行動方案或政策選項時，會有哪些相對應的優劣得失。會議最後，對審議會會議的參與者進行會後的問卷調查(後測)，藉以比較民眾於參加會議前後，其對政策議題的態度和知識是否產生變化。

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：公民們在參加審議會會議後，對政策議題的掌握程度都會更高，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，倘若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，甚具政策決定的參考價值。

二、審議式民調適合用在什麼性質的議題上？

1. 政策議題具有重要性，為大眾所關心，能夠吸引許多社會公眾來參與；
2. 議題不能只有單一政策選項，反而是能發展成好幾個明確的行動方案或政策選項；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；
3. 決策者希望瞭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 操作程序

一、審議式民調有哪些必要的操作程序？

- (一) **建立多元政策選項：**建構出一套政策選項，或不同的行動方案，讓具有代表性的公眾能夠去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組成共同執行委員會，負責決定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，針對會議所要討論的議題，施以公眾民意調查（前測）。在前測完成後，邀請曾接受前測的這群自願受訪者參加公民審議會議。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：**提供民眾一套容易閱讀且內容包括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瞭解不同政策選項的利弊得失。
- (五) **召開公民審議會議：**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，來瞭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遷。
- (六) **後續評估：**交叉比對前後測的問卷結果，將結果告知同步發布予參與者、委託機構、相關決策機關和媒體。

二、如何成立執行委員會？如何運作？

辦理審議式民調，和其他審議民主一樣有標準程序。首先，必須成立一個執行委員會，來決定會議的重大事務，並監督執行團隊的工作。這個執行委員會的任務，是要能確保會議過程具備公開、平衡地呈現多元觀點幾個基本條件，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，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、公正的方式來設定；(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，應將審議式民調相關資料附上，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、議題設定時應該要考慮哪些因素？

審議式民調有兩個目的：一是公眾教育，二是政策影響。對參與者來說，審議的過程，讓他們增長知識，瞭解議題；對決策者來說，審議的結果，透過意見調查的呈現，讓他們掌握具有代表性的這群公眾，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：

1. 如何讓公眾更加瞭解該議題。具體而言，如何讓公眾瞭解不同的政策選項所導致的後果，以及可能牽涉到的層面。
2. 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。
3. 另外，當我們從以上兩個角度來設定議題時，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，亦不能有既定的意識形態，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於刻意排除？

四、議題的設定應該以什麼形式呈現？

在設定議題時，應該創造超過兩種可供選擇的選項，如此，討論才能比較堅固，亦避免兩極化的現象。每個政策選項，應做如下的描述：

1. 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三類群人各自帶來什麼影響？
2. 必須以一般民眾能理解的語言來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、議題的設定應該以什麼程序來進行？

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，交付執行委員會討論。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？

審議式民調根據議題的設定來撰寫議題手冊。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。

議題手冊之詳細撰寫方式及原則請參考第五節「科技工具的應用」。

七、如何進行民意調查？

全國性議題的審議式民調，在公民審議活動之前，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，再針對參與者，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，會探問受訪者對會議所討論的不同政策選項的態度，也評估受訪者對議題的瞭解程度。透過兩次問卷調查，我們可以比較參與會議的公民，和第一次全國性抽樣下的公眾意見的態度有無差異，也可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，以及對議題的瞭解程度，是否有所改變。

八、如何招募公民參與審議活動？

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，並告知會議日期、會議期程、所需投入的時間，乃至於將獲得的酬勞，詢問他們是否有意願參加。如果受訪者表示有興趣參與，則加以登錄，事後保持接觸確保參與的可能性。

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，登錄有興趣的參與者之後，後續的聯繫工作就由執行團隊接手，避免個資的洩露。

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。舉例來說，假設我們預定招募 100 位公民來參與審議活動，在 1000 份全國性隨機樣本的訪談中，如果有 100 位受訪者表示有參與的意願，執行團隊就不需要另外尋找額外參加公民。然而，即使表達有參與意願的人數高於預定招募人數，我們也不必第一時間排除於名單之外。原因是許多民眾可能會在後續的聯繫過程中流失，因此實際參與會議的民眾將遠低於原先有意願之人數。所以，執行團隊應登錄所有有興趣之公民。只有在極不尋常的狀況下，當表達參與意願的人數遠高於預定招募人數（因此我們的建議是超過兩倍），才需要進行抽選。若需要進行抽選，則以隨機抽樣方式進行即可。

登錄有興趣參與的公民之後，必須即刻寄上確認信函，並附上審議式民調的說明。此後，一直到開會前，必須經常和這些公民們保持聯繫，確定他們能夠出席會議。會議召開之前，必須將議題手冊和會議相關資訊寄給參與者。

九、公民審議會會議有哪些必要程序？

公民審議會會議召開的期程，從一天至三天（通常是星期五傍晚到星期天中午）不等。辦理審議會會議的目的主要是讓民眾透過「審議」民主的方式來「認識」特定的公共議題，最後則透過「作後測問卷」測量民意是否有所轉變。程序如下：

1. 在小組會議或是其他公民的討論中，釐清自身是否能正確理解議題手冊提供的資訊和事實；
2. 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差異；
3. 透過小組會議形成組內問題，以便在下一階段的全體會議中詢問專家學者；
4. 在全體會議時向不同立場的專家提出剛形成的組內問題，認識多元觀點的利弊得失；
5. 回到小組討論中，思考所有政策選項，如果可能的話，提出小組集體所偏好的選項。
6. 進行後測調查，瞭解參與者的偏好及議題知識的變化。

十、公民審議會會議的各個程序該如何進行？

1. 開幕與介紹

參與者報到之後，到全體成員參加的會議廳參加開幕式。計畫主持人大略介紹審議式民調的原理與程序，詳述本次公民審議會會議的議程，並回答參與者的問題。

2. 小組討論

開幕介紹之後，參與者分散到預先分配好的小組進行討論。小組的組成，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。公民之間可以相互詢問，進行對話。在小組討論進行過程中，參與者也同時蒐集一些有待釐清，準備在全體會議中詢問專家的問題。在小組討論結束前，要彙整準備詢問專家的問題。

3. 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

調的專家，雖然對議題有不同的立場，但他們的角色較傾向「知識的協助者」，而非「立場的辯護者」。也就是說，他們的任務在於協助公民參與者瞭解各個選項的後果和價值，而不是來說服公民們接受某個選項。縱使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說明政策選項的優劣得失。尤其是當公民們的問題屬於「事實」性問題時，專家更應該避免加入主觀立場。

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，可以開放給個人參與者發問。

4. 小組討論

在全體會議詢問專家之後，參與者再度回到小組討論中，對專家的回答，作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辨，如果可能的話，試著提出各小組成員集體偏好的選項，整理組內成員共同的意見，也同時將無法達成共識的看法加以記錄。

5. 後測問卷

公民審議會乃是最後的階段，參與者回到全體會議的場地，作一份與前測問卷（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瞭解，是否有所轉變。

6. 報告與回應

在公民審議會尾聲，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，並報告審議的結果。若時間允許，執行團隊可以在這個時段對後測結果做簡單的摘要報告，目的是為了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。決策者應仔細聆聽回應公民審議結果所呈現的意見和觀點。

十一、審議式民調該如何進行評估？

公民審議會結束之後，執行團隊在後續研究中，比較前後測的結果，並將結果告知參與者、委託機構、相關決策機關和媒體。

第三節 預算

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

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
- 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
- 管理費（學校機構需要編列管理費）
- 影印費
- 郵電費
- 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 2-3-1 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	20,496	3,416(元)*6=20,496
公提儲金	12,600	2,100(元)*6=12,600
臨時工資	52,000	650(日)*80(人次)=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
公民成員出席費	150,000	每位參與者每日出席費為 1,000 元，邀集 150 名民眾參加 1,000*150=150,000(元)
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	757096	
業務費		
項 目	金 額	說 明

電話訪查費	435,000	前測電訪，含括抽樣費、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。為避免第一次電訪後願意出席的民眾過少，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)，第二波追蹤訪問的部分除了訪問全部的參與者之外，同時訪問所有原本答應參加，而實際未參加者，瞭解未參加原因。再從第一波剩下樣本抽取三分之一人數，約五百人。連同前者共約六百人。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，包括中餐，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，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(捲)*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
郵電費	25,000	平日寄送資料與宣傳會議郵電費
雜費	33,577	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	970,177	

管理費	172,727	編列學校管理費
總金額	1,900,000	

第四節 執行進度與工作項目

以六個月，24 週的執行期限，審議式民調的執行進度與工作項目如下表所示。

表附錄 2-4-1 審議式民調執行進度與工作項目表

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，以瞭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	撰寫議題手冊	<ul style="list-style-type: none"> ■ 根據執行委員會確定的政策選項，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（如大張的廣告傳單或像報紙般大小）的印刷格式，並利用圖表使資訊一目了然
	架設網站	<ul style="list-style-type: none"> ■ 網站內容至少應包括：會議主題、執行團隊、執行委員會、審議民調進行方式、議題手冊、議程。相關內容隨時程的進行陸續上網。
第六週	設計前後測問卷	<ul style="list-style-type: none"> ■ 問卷內容除了人口變項之外，也包含對政策方案的偏好、對議題的瞭解程度、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"> ■ 聯繫專家說明舉辦審議式民調的目的，專家的角色及重要性 ■ 寄發邀請函
第八週	召開第二次執行委員會	<ul style="list-style-type: none"> ■ 就籌備進行狀況交換意見 ■ 討論議題手冊和問卷內容初稿
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"> ■ 蒐集與議題相關的影片資料 ■ 資料內容需兼容各方意見，避免偏袒單一方
	繼續撰寫議題手冊和設計問卷	<ul style="list-style-type: none"> ■ 根據執行委員會意見修改
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

		<ul style="list-style-type: none"> ■ 確認問卷內容 ■ 確認專家邀請情況 ■ 確認影片內容 ■ 確認會議議程、時間與地點 ■ 核可提供給與會者的議題資料
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 ■ 並與每日結束後，回收每次電訪結果
第十四週	聯繫參與者	<ul style="list-style-type: none"> ■ <u>第一次聯繫</u>：執行團隊依據電訪結果，聯繫表示「有意願」參與會議者，再度確認其出席意願，並且詢問地址以便寄發會議資料。
	寄發資料給參與者	資料內容包括： <ul style="list-style-type: none"> ■ 審議式民調介紹 ■ 議題手冊 ■ 議程 ■ 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"> ■ 尋找受訓過或曾主持過相關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。
	聯繫參與者	<ul style="list-style-type: none"> ■ <u>第二次聯繫</u>：依據第一次聯繫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	確定以下事項： <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）
	聯繫參與者	<ul style="list-style-type: none"> ■ <u>第三次聯繫</u>：針對第二次聯繫名單，詢問其個人資料以提供保險用並且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 <ol style="list-style-type: none"> 1. 大會議場佈置（麥克風音響、投影機、空調、燈光等器材準備、安置適當的紀錄、錄影與錄音位置） 2. 影片播放測試

		3. 報到處安置（場地動線規劃，從建築物大門到會議地點） 4. 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	■ 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	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	■ 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	

第五節 科技工具的應用

在審議會議的辦理過程中，善用科技工具可以提升各階段目標之達成，甚至讓審議精神更有效率與徹底的被體現。以下便列舉一些可能性：

- 一. 是否有必要召開、或者何種議題需要召開審議式民調，除了由相關機關主動發起與籌辦外，亦可透過網路平台的設置與相關規則之設立來判斷。以目前國發會所建置之「公共政策網路參與平台」為例，便能夠讓民眾自行透過該平台傳達對於特定議題之關切與發動討論之可能。然而，民眾未必能夠精準判斷各式議題適合運用何種審議模式，故在相關平台上，民眾獲得的是對於特定議題啟動審議機制的「發起權」，但判斷該議題應採取何種模式仍應由審議專家與主責單位判定。
- 二. 在會議資料的準備上，可透過在與議題相關之網路論壇上主動發布審議議題之話題串，藉以蒐集民眾對特定議題之經驗與意見；也可以在相關網頁與論壇中蒐集網路使用者已存在之討論內容，整合後做為資料納入會議資料的撰寫內容。
- 三. 在招募公民參與者和宣傳審議會議的階段，可廣泛透過相關議題之網站、臉書粉絲團、EDM 之電子郵件轉發、Line 群組等管道進行。而由於審議式民調涉及的層面較廣，應觸及到的公眾也較多，除了建立官方社群網站之外，應更積極的透過民間媒體、地方政府、公所等資源進行跑馬燈、文宣等宣傳。
- 四. 由於審議式民調必定牽扯到既有政策，為使公眾對於政策有初步的「知情」，除了上述的可閱讀資料外，亦可在前測問卷實施完畢後，將相關政策之訊息整理成「懶人包」等形式，公布於官方網站或其他社群軟體頁面。
- 五. 在撰寫會議資料（議題手冊）時應以一般大眾能夠閱讀的方式書寫。應盡量使用寬幅紙張（如大張的廣告傳單或像報紙般大小）的印刷格式，在排版上亦需放大字體以利閱讀。然而為因應閱讀障礙之參與者，可以開發多媒體的資訊表現方式，使參與者得以透過影音、影像等方式學習。
- 六. 在招募公民參與審議會議時，可透過各種管道聯繫登錄有興趣之公民。執行團隊可透過寄發實體之確認與聯繫信件、電子郵件、或電話連絡等多管齊下的方式。
- 七. 審議會議的辦理建議成立該會議之臉書粉絲團或活動網站，以利持續公布相關資訊與進度，作為參與者以及有興趣之其他民眾查詢與詢問的管道。
- 八. 會議進行時，建議採取全程錄影與線上直播。讓囿於時間限制或人數限制而無法到場參與之民眾亦可進行觀察。
- 九. 考量到在最後報告與回應的階段，執行單位需快速整理後測問卷之答案。因此，後測問卷可採用網路填答的方式進行，然而為了避免單一民眾重複填答

之現象，可要求每位參與公民在填答時輸入隨機編號，設計抽獎之環節。

- 十. 審議活動的各項相關討論與資料均應在整理後盡速公布於官方網站或臉書粉絲團。

附錄三、公民陪審團之操作 手冊

公民陪審團之操作手冊

第一節 簡介與使用時機

一、什麼是公民陪審團？

公民陪審團由隨機抽選的 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，瞭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。他們接著將對這些爭議性的政策議題相互討論，並把審議的結果撰寫成公民報告，以對該議題做出判決或給予建議。在報告產出之後，贊助單位（例如：中央政府部門或地方政府）必須做的並非是執行報告，而要針對不同意報告的部分進行說明。公民陪審團一般需要四到五天進行，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？

1. 議題具有技術複雜性，需提供知識和資訊以協助公民瞭解議題。
2. 人們必須在一個以上的問題解決方案中進行選擇，並衡量、仲裁許多競爭的利益和價值。

第二節 操作程序

一、公民陪審團有哪些必要的操作程序？

- （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：**執行委員會負責監督公民陪審團的進行，決定會議重大事務，由不同立場的人士共同組成。
- （三）**招募與挑選參與者：**採隨機抽樣的方式選擇公民陪審員來參與討論。
- （四）**提供閱讀資料：**在會議召開之前，寄發給每一位公民陪審員淺顯易懂的閱讀資料（或稱議題手冊）。其中內容針對要討論的議題提供事實性的資訊介紹，也說於此議題不同的政策選項爭議所在，呈現出各選項的正反意見和優劣得失。
- （五）**選擇專家證人：**專家證人分為兩類，一類為介紹專家，負責解釋議題性質，對可能的問題解決方案進行說明；另一類則是聽證專家，陳述特定的觀點和政策選項，替該立場辯護，使公民陪審員更清楚議題之爭議點。
- （六）**舉行正式會議：**正式會議中，公民陪審員透過專家介紹瞭解問題，聽取各方代表的觀點，最後透過討論達成結論，並整理成意見報告。

二、如何組成執行委員會？

執行委員會的功能不僅是要監督會議的執行，也負責重大的會議事項決議，包括：參與會議者（公民陪審員）的招募與挑選，發展出切合的議題，規劃適當的議程，提出介紹議題和擔任證人的專家名單，以及核可提供給與會者的議題手冊內容。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，也確保會議的進行能夠達到公開、平衡且具有建設性的辯論。

公民陪審團所要討論的議題往往是具有高度爭議的政策選擇，執行委員應盡可能涵蓋利害相關團體，使議題、議程與證人名單不致發生偏誤，同時亦確保所有重要意義的觀點都能呈現於執行委員會中，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不涉入該議題的利害關係，但屬相當關心、了解議題者。第二種類型的執行委員則是議題相關的利害關係人。

三、執行委員會如何運作？

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會議，由計畫主持人來主持，執行團隊也應就籌備狀況向小組委員報告。

執行委員們的角色是為執行團隊提供建議與協助，使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，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，以讓執行委員瞭解會議的內涵和其的任務。

四、如何建立議題？

公民陪審團籌辦過程中，確立議題是非常重要的一環。議題的設定將引導整體議程規劃、介紹專家和聽證專家的選擇、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，且涉及不同爭議點。議題範圍過於寬廣固然不適合，但太狹隘也無法發展，必須讓公民陪審員能有回應和提出意見的空間。

政府機構要先提出他們所關切的需要和議題，與受委託的執行團隊溝通後，一同草擬初步議題，再提交給執行委員們討論。計畫主持人和執行委員會對議題加以修正與精練，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各自獨立或彼此相關，原則上，包括子問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 3-2-1 淡水河整治公民陪審團的議題

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

- ☞ 如何處理淡水河污染問題？
- ☞ 如何營造淡水河河岸的親水空間？

這兩個問題是可以各自獨立但又相關關連的。每個問題都涉及不同的政策選項的爭議。淡水河的污染整治，有「下水道模式」和「人工濕地模式」兩種選項的爭議；營造親水空間，有「人工」模式，如開闢具有運動及遊戲場地，自行車道，甚至有咖啡座和水岸餐廳的河濱公園，以人的休憩活動為主體，和「生態」模式，強調人與其他生物共存的空間。

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非必要。但提供相關的可閱讀資料不僅能幫助參與者預先瞭解議題的性質和爭議，他們也能在討論過程中隨時取得資料參考，利用事實性的知識釐清狀況。議題手冊提供事實性的資訊介紹，同時說明不同選項之爭議所在、正反意見和優劣得失。當中資料內容應淺白易懂，避免深奧的術語或拗口的文句。議題手冊需經執行委員會核可，確保資料客觀、平衡。

六、如何招募公民陪審員？

(A)確定人口變項

公民陪審團希望能足以代表大多數人口的公民陪審員，所以會以科學性的抽樣技術來挑選。在招募與選擇公民陪審員之時，首先要確定母群體，以及陪審團員要以哪些人口變項為基礎。比方說全國型議題的討論，就要以全國人口作為母群體。接著要考量哪些母群體特徵需要精準反映到陪審團中，讓陪審團足以成為代表？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，往往還會再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。例如，如果討論議題是全民健保如何解決財務危機的議題，我們可以保險身份的類別和對健保的意見作為變項。變項的選定，是假定它們會影響人們對議題的立場。執行機構和執行委員會應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。我們會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是接近於議題設定的母群體。

(B)隨機調查

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

訪談開始時，先清楚扼要地說明什麼是公民陪審團，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，再詢問他們是否有意願參加。

為了取得他們信任，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。

(C)郵寄資料給考慮參加的公民

初步調查結束後的隔天，寄予每位訪問時表示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：公民陪審團的介紹、議題與議程的簡短說明、報名表格、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聯繫方式。

資料寄出約兩週後，聯繫那些曾表示參與意願卻還沒報名者。報名資料收集完畢後，將之記錄在資料庫裡。

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），計算每個類別預定抽取人數，再從報名者之中，利用「隨機分層抽樣」的技術，抽出特徵符合公民陪審員。理想上，我們希望報名者的人口特質能趨近母體，然而這實際上不太可能。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佔全國人口的比率與佔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，我們需同時考量該類別「佔母體比率」和「佔報名者比例」兩項因素，加以權衡計算抽取人數。這部分詳細的抽樣程序可以參考公民會議。

一般說來，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，較可能出現臨時缺席會議或未能全程參與的情形，因此，抽取相當名額的候補陪審員有其必要。

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) 說明對公民陪審員的期待，(3) 會議議程，(4) 可閱讀資料（若有準備則要於此一併寄出），(5) 會議地點的地圖、住宿、交通、特殊需求等資訊。

會議召開之前，必須和公民陪審員穩定聯絡，持續追蹤確定他們能參與會議。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以及各種政策選項，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，說明可能的問題解決方案，讓公民陪審員對複雜的議題有概觀的瞭解。他們對議題的介紹，建構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。他們不必對要討論的議題保持中立，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，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。聯繫專家時，必須向他們說明公民陪審團與專家證人角色，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、正式會議共舉行幾天？如何安排議程？

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和，公民陪審團的正式會議一般而言都分為三個步驟：
(1) 介紹：透過專家介紹來瞭解問題；(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、公民陪審團的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，然後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。時段安排上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，並對專家證人進行詢問。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。這種作法的好處是避免不同立場的專家在陪審團面前形成言詞交鋒衝突，破壞審議情境，而壞處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個問題。在議程的安排上，每一個問題，都要進行聽證，也都應有討論的時段，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、公民陪審團的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，即進入最後階段的審議，目標在對本次議題行程最後結論。通常是有明確的政策選項的議題會讓公民陪審團審議，而陪審員力求自審議過程中，對政策方案的選擇或優先順序排列達成共識。若無法形成一致認同的結論，可以藉由表決的方式做選擇。然而，動用表決的預期，將會弱化溝通的動力，因此我們建議，非不得已，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，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。各小組撰寫的報告還是要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，提供決策者作政策決定的參考。

公民陪審團正式會議的議程，參考表 2-4 淡水河整治公民陪審團的案例。

表附錄 3-2-2 淡水河整治公民陪審團議程

第一天議程：介紹		
8:30~9:00 (30m)	報到	
9:00~10:20 (80m)	填寫前測問卷(10m) 歡迎(30m) ● 歡迎陪審員 ● 介紹人員&自我介紹 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 (10m)	休息時間	
10:30~11:30 (60m)	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 (60m)	午餐	
12:30~14:00 (90m)	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 (15m)	茶敘時間	
14:15~15:45 (90m)	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 2.行政院公共工程委員會 李孟彥 副處長
14:15~14:45	1. 防洪、遊憩	
14:45~15:15	2. 污染整治	
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 (15m)	休息	
16:00~17:00 (60m)	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 (15m)	本日回顧與明日預覽	

第二天議程：聽證與審議			
8:30~9:00 (30m)	報到		
9:00~9:15 (15m)	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 (120m)	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）。 ● 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。
9:15~9:40 (25m)	● 下水道模式		
9:40~10:05 (25m)		專家證人 台北縣 李鴻源 副縣長	
10:05~10:30 (25m)	● 人工濕地模式		
10:30~11:15 (45m)	● 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	主持人	
11:15~11:30 (15m)	休息時間		
11:30~13:00	公民審議：議題 #1	主持人	

(90m)	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 (60m)	午餐		
14:00~16:00 (120m)	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 (25m)	● 河濱公園		
14:25~14:50 (25m)		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。
14:50~15:15 (25m)	● 冬山河的經驗		
15:15~16:00 (45m)	● 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 主持人	
	● 討論與提問		
16:00~16:15 (15m)	休息時間		
16:15~17:45 (90m)	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 (15m)	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(30m)	報到	
9:00~9:15(15m)	介紹今天的議程	主持人 林國明教授 楊志彬老師
9:15~11:30(135m)	開始整體的審慎思辨討論 再次確認討論後的建議 修訂、改正或增加建議	
11:30~12:30	午餐	

(60m)		
12:30~14:30 (120m)	撰寫陪審團結論報告	
14:30~15:30 (60m)	準備記者會	
15:30~16:00 (30m)	記者會	
16:00~16:30 (30m)	閉幕、填寫後測問卷	

第三節 預算

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
- 郵電費
- 雜費
- 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 3-3-1 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	20,496	3,416(元)*6=20,496
公提儲金	12,600	2,100(元)*6=12,600
臨時工資	45,500	650(日)*70(人次)=45,500 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	694,596	
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(捲)*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	16,540	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
合計	669,040	
管理費	136,364	編列學校管理費
總金額	1,500,000	

第四節 執行進度與工作項目

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 3-4-1 公民陪審團執行進度與工作項目

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、公民陪審員招募方式，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。 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

		<ul style="list-style-type: none"> ■ 收集與該議題相關的學者專家名單
	場地安排	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，以瞭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、公民招募方式、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	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	先確定母群體，以及陪審團的選擇要以哪些人口變項為基礎。
	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（需有替代人選），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。 ■ 介紹議題的專家和聽證專家均需準備書面資料，聽證的專家請他們同時準備簡要的立場聲明。
	架設網站	網站內容至少應包括：會議主題、執行團隊、執行委員會、公民陪審員招

		募方式和名單、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。 ■ 訪談一開始的時候，先簡單地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，要紀錄在資料庫裡頭。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，再以電話聯繫。 ■ 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。
第十週	聯絡、追蹤在隨機調查中表達參與意願的受訪者	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 根據性別、教育程度、年齡、職業和其他重要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	<p>本次執行委員會應預留較長的會議時間，討論事項包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 閱讀資料初稿

		<ul style="list-style-type: none"> ■ 公民陪審員抽選原則和方式
	抽選公民陪審員	<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	<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。
第十四週	編輯並印製完成閱讀資料	根據執行委員會的意見作最後修改
	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： <ul style="list-style-type: none"> ■ 公民陪審團介紹 ■ 閱讀資料 ■ 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之名單並進行邀請	邀請對象包括相關部會之政府首長、立法委員、社會團體。
	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	

第五節 科技工具的應用

善加利用科技工具可以提升審議會議各階段目標之達成，甚至讓審議精神更有效率的進行與更徹底的體現。以下便列舉一些可能性：

- 一. 除了由相關機關主動發起與籌辦的模式之外，亦可透過設置網路平台機制與設立相關規則來判准是否有必要召開、或何種議題需要召開公民陪審團之審議會議。以目前國發會所建置之「公共政策網路參與平台」為例，便能夠讓民眾自行透過該平台傳達對於特定議題之關切與發動討論之可能。然而，由於公民陪審團所牽涉之議題具有高度專業性，若單由民眾提案，可能導致議題過於發散。相關單位可先經由網路問卷廣泛蒐集哪些議題具有爭議性，從中選定幾個討論議題公布於平台讓民眾票選。當然地，民眾未必能夠判斷需要討論之議題適合運用何種審議模式，故在相關平台上，民眾擁有的是對於特定議題啟動審議機制的發起權，但判斷該議題應採用何種模式進行討論仍應由審議專家與主責單位決定。
- 二. 在會議資料的準備和撰寫上，可透過在與議題相關之網路論壇上主動發布審議議題之話題串，藉以蒐集民眾對特定議題之經驗與意見；也可以在相關網頁與論壇中蒐集網路使用者已存在之討論內容，整合後做為資料納入可閱讀資料的內容當中。
- 三. 可以廣泛透過相關議題之網站、臉書粉絲團、EDM 之電子郵件轉發、Line 群組等管道宣傳審議會議和進行公民參與者的招募。
- 四. 在抽選和決定參加公民的階段，則可加入全程的影音記錄與網路直播，以供對特定審議會議有興趣者監督，貫徹透明、公開等會議原則。
- 五. 審議會議相關資訊和會議手冊等資料可於會議前於網上公告，並在整個會議活動期間持續公開，以利公民參與者和其他有興趣之民眾閱覽。
- 六. 建議成立該會議之臉書粉絲團或活動網站，以利持續公布相關資訊，並作為參與者以及有興趣之其他民眾查詢與溝通的平台與管道。
- 七. 利用即時通訊軟體建立網路社群群組，讓審議會議之公民參加者全體得以保持連繫，於會議辦理期間與非會議期間均可即時進行意見交換。此外，審議會議辦理之執行團隊也需在通訊群組當中，藉此觀察、留意和記錄參加公民在群組內提出哪些議題與面向，有時亦可扮演答覆、協調與維持秩序的角色。必須提醒的是，加入通訊軟體群組一事不應造成成員壓力，必須先徵求每位公民參加者同意、並強調隨時可退出與離開通訊軟體群組。也因此，即時通訊軟體群組不可成為執行團隊與參與者唯一的溝通管道，以避免資訊無法傳達之情形。另外，有些公民或許不熟悉特定通訊軟體之操作模式，需有工作人員協助熟悉軟體，防止發言權不平等之情事產生。

- 八. 可自行建置或使用既有之匿名發言平台（例如：Zuvio 企業版網站和 Sli.do 等）讓公民成員可以在會議舉辦和進行期間傳達差於當面發言之建議和提問，也有助於即時修改與微調會議相關規劃。
- 九. 會議進行時，建議採取全程錄影與線上直播。讓囿於時間限制或人數限制而無法參與和到場之民眾亦可進行觀察。
- 十. 會議進行時，除了採取全程錄影與線上直播外，亦鼓勵線上參與之公民針對議題透過直播的留言功能進行意見表達和討論，但執行團隊需增派至少一名曾受過審議討論訓練之人員，透過文字進行全程審議主持。當然地，線上討論與實體討論兩者之間的功能、整合與應用方式需由執行單位事前清楚界定。增設線上討論有其風險，執行單位若願意開放同步之線上討論，則需有所規劃，舉例來說，相關討論規則與討論結果之應用性，需事先規範與公開資訊；此外，為避免線上討論在使用者匿名的情境下進行，減損審議討論所強調之公開性，也可採用預先報名的方式。
- 十一. 在會議討論進行的階段，可運用白板、筆電、平板電腦等硬體，搭配 word、HackMD、Etherpad 等軟體協助會議紀錄與會議資料彙整。
- 十二. 由於公民陪審團之結論報告須呈現各種方案排序、不同提議所得的票數、正方與反方對選項的評估等背景訊息，執行團隊應善用相關數據軟體，以利現場繪製圖表，並投影給與會民眾參考。
- 十三. 審議活動的各項相關討論與資料均應在整理後盡速公布於官方網站或臉書粉絲團。

附錄四、公民會議操作手冊

公民會議操作手冊

第一節 簡介與使用時機

一、什麼是公民會議？

公民會議是邀請不具專業知識的一般公眾，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中他們想要探查的問題。接著，於公開論壇中，向專家提問。最後，在他們有一定知識訊息的基礎上，對爭議性的問題相互辯論並作出判斷，將討論後得出共識觀點撰寫成正式的書面報告，向社會大眾公布，提供做為決策參考。

公民會議是一種審議民主公民參與模式，起源於丹麥，在 1980 年代中期發展出來，漸漸被推廣到其他國家。目前有超過 20 個國家，利用這種模式來討論各種政策議題。2002 年時，公民會議首度由「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。行政機關所發動的審議民主公民參與，也都以公民會議此種模式為主。自 2004 年到 2006 年，中央政府機關總計發動超過十次的公民會議，討論議題包括代理孕母、全民健保、稅制改革、勞動派遣、水資源管理、合理水價、環境保護、動物放生和護理倫理規範等。

二、什麼性質的議題適合使用公民會議？

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

第二節 操作程序

一、公民會議有哪些操作程序？

- (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，須負責決定公民會議的重大事務，並監督公民共識會議的進行。
- (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」，抽選的基準應顧及背景的異質

性和觀點的多元性。

- (四) **提供閱讀資料：**會議召開之前，為讓參與者對議題的基本性質與爭議焦點有所瞭解，須預先準備淺顯易懂、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審議。
- (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做為政策制訂的參考。

二、公民會議如何確立核心議題？

行政機關發動公民會議之初必須界定核心議題，以作為會議的主題。而此議題的關鍵在於是要具有爭議性，且仍待被解決的問題。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」，核心問題是「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會議時，必須先向執行單位溝通其所關切的「核心議題」，執行單位方能根據核心議題，提供適當的閱讀材料和安排相關課程來幫助參與者瞭解問題，以免會議的討論方向偏離主題。

核心議題是一定要討論的「指定議題」，而公民會議的參與者可以再找出他們想要探查的議題，具有設定議程的主動權。例如在「全民健保公民會議」中，公民們可以自行提出「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「全民健保公民會議」

的主要目的。

三、為何要成立執行委員會？主要的任務是什麼？







公民會議討論的為社會關切且具有爭議性之議題，牽涉到不同觀點的衝突。在會議過程中，必須要能充分呈現不同利益、價值與觀點，進而相互溝通。閱讀資料的內容和專家人選，會對參與者所接受的資訊內容產生影響；公民小組的挑選方法，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，都與公民會議能否提供多元、平衡，具有建設性的對話息息相關。因此，這些重大決策不宜由接受政府機構委託的執行團隊來進行，而應該由各種不同立場的執行委員會來討論，以避免讓特定一方的觀點支配會議的討論。

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

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。其組成需涵蓋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，需考慮專長互補性、立場多元性和代表的周延性。例如，代理孕母公民共識會議執行委員會成員，包含生殖醫學、民法親屬、醫療倫理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（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，實際次數視籌辦進度而調整。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，必須將公民會議的性質和執行委員會的任務作仔細的說明，也要提醒執行委員，他們是以個人身份受邀，不代表其所屬團體。

五、如何招募參與者？

執行機構應透過公開的方式來招募參與者。招募管道可根據目標人口接觸媒介的特性和預算多寡，多管齊下地進行，如：召開記者會，隨機樣本電話訪問，刊登報紙、廣播、網路媒體廣告，派送傳單或委託相關單位發送報名表。

在招募公民參與者時，需說明召開公民會議的目的與討論主題、會議時間、參與者全程出席的義務和將獲得的酬勞。公民會議是以不具有專業知識的，平時無法透過團體代表的管道表達意見的一般公民為參與主體。除議題領域的專家和相關利害團體的領導幹部之外，所有願意瞭解該議題並樂於相互討論的民眾都在歡迎之列。不過，為確保會議的討論品質，會有相關的年齡限制，通常設定為具有選舉權資格的年齡。有參與意願的民眾，必須在報名信函中介紹自己的背景(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？

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，因而會希望在年齡、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。而具有影響的社會範疇，則視不同議題而定。「性別」可能會影響人們對代理孕母這個議題的態度，但不見得會影響「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。總之，執行機構要依據某種社會範疇來挑選公民小組時，必須有理由能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程序如何進行？

在挑選公民小組的操作程序上以分層隨機抽樣進行，先設定每個範疇（如不同性別、年齡層、教育程度等）預定抽選的人數，再從符合條件者隨機抽選。對全國型的議題而言，如果作為分層的社會範疇是人口變項的話，那麼在設定每一分層預定抽選人數時，應該同時考慮該社會範疇「佔全國人口的比率」和「佔報名者比率」兩項因素共同考量。

以全民健保公民會議公民小組的抽選為例。公民小組預定抽選的總人數為 20 人，在決定不同教育程度預定抽選的名額，如果僅考慮全國人口的教育程度，高中職以下佔約 70%，應抽選 14 人，大專教育程度佔約 30%，應抽選 6 人。但

在 425 位報名者之中，高中職程度者僅有 119 人，佔二成八；306 人的學歷為大學或專科以上，約七成二。如果從「全國人口比率」來設定不同教育程度的抽取人數的話，大專程度被抽中的比率為 2%，高中職及以下被抽中的比率 12%，形成報名者因教育程度的差距而有比率懸殊的參與機會。為了使參與公民會議的民眾，具有社會範疇的異質性，同時顧及報名者參與機會的公平，我們可以在決定每一分層的抽選人數，將該分層「佔全國人口比率」和「佔報名者人口比率」兩項因素一併考量，以各占百分之五十的比重來計算。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。其他社會範疇也可以根據以上的方法來設定預期抽選人數。

最重要的變項會作為分層隨機抽樣的第一層，比方說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，然後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定，但實際的抽選工作，可以由執行團隊依據執行委員會通過的原則進行。過程必須錄音或錄影，保留記錄，以昭公信。

公民小組成員抽選完成後，應立即聯絡被挑選到的公民，並在會議召開前，與公民小組保持聯繫，確定公民小組的成員都能夠參加會議。若有不能出席者，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。

八、如何準備「可閱讀資料」？

為了讓參與者對討論議題的性質和爭議有所瞭解，公民會議將準備可閱讀資料（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，涵蓋對討論議題的不同見解與觀點。閱讀資料應淺白易懂，避免深奧的術語和拗口的語句。資料內容需經執行委員會通過，確保資料的客觀、平衡與中立。

九、如何安排預備會議？

在正式召開公民會議之前，需先安排進行預備會議，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。預備會議通常會利用一至兩個週末的時間來安排課程，搭配閱讀資料的內容，針對討論主題所涉及的重要面向加以介紹。預備會議每一堂課，由一位講師介紹必要的知識與訊息。講師人選必須經過執行委員會同意。擔任預備會議課程的講師應有開放的胸襟，周延、淺顯地介紹各種

觀點，不應片面傳播特定立場。

可閱讀資料的內容和預備會議的課程，通常是以會議的「核心議題」為主軸來擬定。例如，「全民健保公民會議」的核心議題是「如何解決健保的財務危機」，要瞭解這個核心議題的相關面向，參與者必須知道全民健保的性質，運作現狀，財務的收支情形，以及解決財務危機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，便介紹這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，挑選專家小組？

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瞭解之後，在預備會議的最後階段，形成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。針對公民小組所要瞭解的問題，執行委員會協助歸納整併成幾個大主題，以便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，主辦單位需請專家針對公民小組的成員所要發問的問題，以一般公眾能理解的話語，準備口頭與書面報告。與預備會議專家的角色不同，正式會議的專家，可以有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有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」的方式對與會者提供意見參考，避免跟與會者及其他專家陷入針鋒相對、即席問答的辯論之中。

下表全民健保公民共識會議的討論議題。各個子題是公民小組自行提出的，執行委員會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、正式會議的會場如何安排？

正式會議通常召開三到四天，以類似公共論壇的形式進行。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。可以安排一間觀察室，以視訊轉播會議，如此一來能使會議具有開放性，又不會造成旁聽者干擾討論進行的問題。

十二、正式會議的議程如何進行？

以三天的正式會議而言，議程可以以下所述的安排方式作為參考。會議的第一天和第二天，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議現場提出的疑問。接著，由公民小組自行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，尋求共識。第二天會議結束之後，公民小組根據相互討論形成的共識，寫成結論報告初稿。

第一、二天和第三天的會議時間安排最好間隔一週，使公民小組有充裕的時間來撰寫結論報告。會議第三天，由公民小組全體成員對結論報告作確認，檢查結論報告的初稿對共識意見是否有疏漏、扭曲或是詞不達意之處。在結論報告正式公佈之前，可以再安排一個時段，讓專家小組對報告內容澄清誤解和修正事實錯誤的部分，但他們不能左右或涉入公民小組所表達的觀點。

下表是正式會議議程的範例。

表附錄 4-2-3 全民健保公民會議正式會議議程

第一天（2005 年 1 月 15 日）		
時間	議程	與談人/主持人
9：30—9：40	議程安排說明	林國明
9：40—9：50	確定議事規則及工作分工說明	會議主持人
9：50-10：00	休息	
10：00—12：00	專家對談	• 楊銘欽

	主題：給付範圍與給付權利	(台灣大學醫管所副教授) • 雷文政 (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) • 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	• 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
9：00—12：15	專家對談 主題：增加健保收入	• 朱澤民 (台北商業技術學院教授) • 張珪 (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，主持人可邀請每位公民小組成員輪流發言，並且將之發言記錄於白板上，待公民小組發言完畢之後，再與公民小組共同整理發言紀錄。此一階段中，主持人與公民小組必須盡力尋找共識性的意見，在看似不同的意見中找到共通處。若意見相仿便可徵詢公民小組的同意加以歸類、整併，並陳述相關理由；若有意見相左之處，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，我們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爭議性議題得到共識的觀點，無法達成共識的部分，則清楚敘明不同主張的理由。

十四、如何撰寫結論報告？

經過正式會議的充分討論，公民小組將共識觀點，以及不同的意見與理由，寫成結論報告。結論報告可以看作是一組「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，可採取分組的方式進行，由各分組完成所分配到的部分，或由幾位主筆人，各就分配到的部分撰寫初稿，但負責的仍是公民小組全體。

在操作上，第二天凝聚共識的綜合討論結束後，公民小組可以推出幾位主筆人，或進行分組，根據會議記錄來撰寫結論報告。不管是主筆人或是各分組，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，但不能影響公民小組的意見。

十五、如何公布結論報告？

會議的最後階段，舉辦記者會，對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做為政策制訂的參考。

第三節 預算

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
- 郵電費
- 雜費
- 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 4-3-1 全國型議題公民會議預算參考表

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	20,496	3,416(元)*6=20,496
公提儲金	12,600	2,100(元)*6=12,600
臨時工資	52,000	650(日)*80(人次)=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會議，且擔負重要任務，故以專家費用計之
合計	745,696	
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(捲)*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
影印費	60,000	平日與會議期間印製資料費用
郵電費	25,000	平日寄送資料與宣傳會議郵電費
雜費	20,440	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	617,940	
管理費	136,364	編列學校管理費
總金額	1,500,000	

第四節 執行進度與工作項目

以六個月，24 週的執行期限，公民會議的執行進度與工作項目如下表所示。

表附錄 4-4-1 公民會議執行進度與工作項目

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	■ 計畫主持人和三到四位瞭解公民會議和（或）具有議題領域

		<p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 與委託機構討論核心議題。 ■ 設定會議時間與地點 ■ 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公民會議，但不嫻熟會議議題領域的專家參與執行委員會。 ■ 與可能人選聯繫時，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	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，以瞭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，包括會議構想、核心議題、可閱讀資料架構、公民招募方式、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	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平衡的觀點和充分的訊息給參與會議的公民。
	準備招募公民小組相關文件	說明召開公民會議的目的、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。
	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（需有替代人選），聯繫專家。 ■ 向邀請授課的專家說明公民會議的性質，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	網站內容至少應包括：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、預備會議課程和正式會議議程。相關內容隨時進行陸續上網。
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	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	<p>本次執行委員會應預留較長的會議時間，討論事項包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 閱讀資料初稿 ■ 邀請授課大綱 ■ 公民小組成員抽選原則和方式
	抽選公民小組	<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

		<p>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。</p> <p>■ 抽選過程應全程錄音，完整記錄抽選步驟。</p>
	聯絡公民小組成員並確定名單	<p>■ 與抽中的公民聯絡，確定他們是否能夠參加會議。</p> <p>■ 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。</p>
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作最後修改
	寄發資料給公民小組成員	<p>資料內容包括：</p> <p>■ 公民會議介紹</p> <p>■ 閱讀資料</p> <p>■ 預備會議議程，授課內容的書面資料，授課專家介紹</p> <p>■ 會議地點的交通方式</p> <p>■ 住宿資訊</p>
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話的專家名單
	邀請對談專家	向專家說明公民會議的性質，對談的主題，專家的角色，請其準備書面資料。
第十六週	與公民小組成員聯繫	確定其能夠出席正式會議
	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	<p>資料內容包括：</p> <p>■ 正式會議議程</p> <p>■ 專家對談內容之書面資料</p> <p>■ 相關補充資料</p>
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
	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相危的部分提出澄清，不能影響公民意見

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	

第五節 科技工具的應用

善加利用科技工具可以提升審議會議各階段目標之達成，甚至讓審議精神更有效率的進行與更徹底的體現。以下便列舉一些可能性：

- 一. 是否有必要召開、或者何種議題需要召開公民會議，除了由相關機關主動發起與籌辦外，亦可透過網路平台機制的設置與相關規則之設立來進行判准。以目前國發會所建置之「公共政策網路參與平台」為例，便能夠讓民眾自行透過該平台傳達對於特定議題之關切與發動討論之可能。然而，民眾未必能夠判斷需要討論之議題適合運用何種審議模式，故判斷該議題應採取何種模式仍應由審議專家與主責單位決定。在相關平台上，民眾所擁有的是對於特定議題啟動審議機制的發起權。
- 二. 在閱讀資料的撰寫上，可以透過在與議題相關之網路論壇上主動發布審議議題之話題串，藉以蒐集民眾對特定議題之經驗與意見；也可以在相關網頁與論壇中蒐集網路使用者已存在之討論內容，整合後做為資料納入可閱讀資料的撰寫內容當中。
- 三. 可廣泛透過相關議題之網站、臉書粉絲團、EDM 之電子郵件轉發、Line 群組等管道進行審議會議宣傳和公民參與者招募。
- 四. 在抽選和決定參加公民的階段，則可進行全程的影音記錄與網路直播，以供對特定審議會議有興趣者監督，俾使貫徹透明、公開等會議原則。
- 五. 審議會議相關資訊和會議手冊等資料可於會議前便公布上網，並於整個會議活動期間持續公開，以利公民參與者和其他有興趣之民眾閱覽。
- 六. 審議會議的辦理建議成立該會議之臉書粉絲團或活動網站，以利持續公布相關資訊、並作為參與者以及有興趣之其他民眾查詢與詢問的平台與管道。
- 七. 利用即時通訊軟體建立網路社群群組，讓審議會議之公民參加者全體得以保持連繫，於會議辦理期間與非會議期間均可即時進行意見交換。此外，

審議會議辦理之執行團隊也需在通訊群組當中，藉此觀察、留意和記錄參加公民在群組內提出哪些議題與面向，有時亦可扮演答覆、協調與維持秩序的角色。必須提醒的是，加入通訊軟體群組一事不應造成成員壓力，必須先徵求每位公民參加者同意、並強調隨時可退出與離開通訊軟體群組。也因此，即時通訊軟體群組不可成為執行團隊與參與者唯一的溝通管道，以避免資訊無法傳達之情形。另外，有些公民或許不熟悉特定通訊軟體之操作模式，需有工作人員協助熟悉軟體，防止發言權不平等之情事產生。

- 八. 可自行建置或使用既有之匿名發言平台（例如：Zuvio 企業版網站和 Sli.do 等）讓公民成員可以在會議舉辦和進行期間傳達差於當面發言之建議和提問，也有助於即時修改與微調會議相關規劃。
- 九. 會議進行時，建議採取全程錄影與線上直播。讓囿於時間限制或人數限制而無法參與和到場之民眾亦可進行觀察。
- 十. 會議進行時，除了採取全程錄影與線上直播外，亦鼓勵線上參與之公民針對議題透過直播之意見欄位進行意見表達和討論，但需增派至少一名曾受過審議討論訓練之人員，透過文字進行全程之審議主持。當然地，線上討論與實體討論兩者之間的地為、整合與應用方式需由執行單位事前清楚界定。增設線上討論有其風險，執行單位若願意開放同步之線上討論，則需審印規劃，舉例來說，相關討論規則與討論結果之應用性，需事先規範與公開資訊；此外，為避免線上討論在使用者匿名的情境下進行，減損審議討論所強調之公開性，也可採用事前報名的機制。
- 十一. 在會議討論進行的階段，可運用白板、筆電、平板電腦等硬體，搭配 word、HackMD、Etherpad 等軟體協助會議紀錄與會議資料彙整。
- 十二. 在預備會議到正式會議期間，為避免參與公民和關心議題之民眾失去對議題的討論熱度，應持續更新官方網站，或發布相關議題之新聞和訊息。
- 十三. 在預備會議結束後，執行團隊可將照片和直播錄影剪輯成短片，放置於官方網站上作為階段性成果呈現，使民眾感受到自己和會議的連結性，提高第二階段正式會議的出席意願。
- 十四. 審議活動的各項相關討論與資料均應在整理後盡速公布於官方網站或臉書粉絲團。

附錄五、可閱讀資料

可閱讀資料目錄

導言	153
第一節 介紹公民審議會.....	154
前言.....	154
公民審議會如何進行.....	155
公民審議會的預期效果.....	156
公民審議會的臺灣經驗.....	157
本場公民會議.....	157
小結.....	158
第二節 政府要推動分級醫療的正反面意見	159
財務資源吃緊.....	159
基層院所經營.....	161
「厝邊好醫生」維護健康.....	162
避免大醫院壅塞.....	163
六大策略，以及本手冊章節安排.....	165
分級醫療的定義.....	21
第三節 在診所和醫院之間：醫療院所的大小改革.....	167
如何提高診所吸引力：擴大基層量能	167
問題：都是專科診所，沒有固定的「厝邊好醫生」	167
政策：社區醫療群（家醫整合性照護計畫）	168
政策：推動多科聯合執業.....	171
政策：開放基層表別.....	171
問題：「找不到有開的診所」	171
政策：APP 查詢看診	172
政策：增加診療費用鼓勵週末看診.....	172

如何降低大醫院拉力：調整支付標準，導引醫院減少輕症服務	173
問題：大醫院為何會「拉住」輕症病人？	173
政策：如果從給大醫院的錢下手呢？兩組棒子與胡蘿蔔	174
如果診所與醫院可以充分合作：提供連續性照顧	177
問題：「可是萬一真的要轉診，好麻煩喔」	178
政策：社區醫療群，銜接整合照護，跨層級醫院合作	178
國際比較：當茉莉去看家醫	181
多位家醫和多種專業的整合	181
一週七天、一天 24 小時的基層照顧？	183
「我的家醫」：家醫註冊制	184
陪著茉莉的個案管理師	184
第四節 病人直接上醫院更貴了：利用部份負擔導引轉診	185
政策現況：部分負擔差價，和轉診單「優惠」	185
部分負擔政策問題討論	186
執行面：急診非緊急要加錢？	186
錢怎麼算？：價差大小，以及定額制 vs 定率制的爭議	187
有比較划算嗎：加上掛號費，沒比較便宜？	189
不公平？：大方向	190
不公平？：慢性病，科別，城鄉差距	190
「有錢也看不到」的強制轉診：新竹的例子	192
國際比較：如果茉莉關節不舒服，她可以直接去醫院嗎？	193

導言

歡迎您、也感謝您參與這場關於分級醫療的公民會議！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（第一章）。接著，則配合本次會議的議題，依序介紹：

- 為什麼政府想要推動分級醫療？正反面的論點有哪些？目前被提出來討論、我們想要解決的問題是什麼？什麼是「推動分級醫療六大策略」？（第二章）
- 為了解決這些問題，醫療院所可以做什麼改變？要怎麼增加診所的吸引力、降低大醫院的拉力，並且透過診所和醫院的合作促進分級醫療？（第三章）
- 同樣為了解決這些問題，又該怎麼引導病患？調整部分負擔、讓直奔大醫院更貴，這個策略在各方面成效如何？（第四章）

在介紹這些議題時，我們會透過統計資料與故事報導，更清楚地呈現推動分級醫療時面對的一些具體背景，就是說：要回應的具體困難是什麼？是什麼讓分級醫療難以推動？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、甚至對分級醫療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。

手冊裡也將呈現現在已經有嘗試推動哪些政策，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，您在更清楚截至目前為止的政策和相關討論下，可以思考的是：這些政策有效嗎？公平嗎？有哪一些值得延續，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？最後，在第三和第四章的結尾，我們一起看看其他國家的案例長什麼樣子，也希望能提供給您作參考。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與會的講師及專家，也祝您這幾天與會的經驗愉快、順心。

第一節 介紹公民審議會

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，具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，將民主指向於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來源者，能夠支配不具專業知識的公民，使得公眾僅能在只具象徵作用的政治，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，威脅民主的原則，降低了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，或稱審議會共識共識會議 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，設定這個議題領域中他們想要探查的問題，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，並將他們討論後的共識觀點，寫成正式報告，向社會大眾公布，並供決策參考。在公民審議會會議中，非專家的公眾，被提升到顯著的地位，是他們，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，是想介紹這種民主實驗。

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，必須要徵詢公眾的意見並讓公民有機會可以表達他們的意見。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，而一個重要的參與機制，就是公民審議會會議。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會議。由丹麥發展出來的公民審議會會議，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

會議。鄰近的韓國與日本，也曾針對這個議題舉辦過公民審議會議。現在讓我們對公民審議會議的運作程序作個概述。

公民審議會議如何進行

1. 招募公民

一般而言，公民審議會議的舉辦，都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學員報名參加。

除了以上提到的公開招募方式之外，有的公民審議會議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議的目的與討論主題、會議時間、參與者的義務（全程參與）和酬勞。公民審議會議是以不具有專業知識，平常無法透過團體代表的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利害關係團體代表的領導幹部之外，所有願意瞭解該議題並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。

2. 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。

3. 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，公民審議會議準備了可閱讀資料（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。

4. 預備會議

在正式召開公民審議會議之前，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議中討論並詢問專家的問題。

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。

5. 正式會議

正式會議的召開，通常三到四天，會議的形式，像個公共論壇，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。公民審議會議的最後一天，公民小組向專家、聽眾和媒體公佈他們的報告。在報告正式公佈之前，專家有機會可以對報告內容澄清誤解和修正事實錯誤的部分，但他們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議結論報告，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；公民審議會議的結論報告，通常也是舉國注目的焦點。

公民審議會議的預期效果

公民審議會議的結論，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議中公民小組的結論報告。

公民審議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，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，獲得必要的知識，並在有訊息根據的基礎上，對影響重大的但充滿爭議的議題，能夠判斷並盡量調和衝突的觀點。整個公民審議會議的召開，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，因為這樣的溝通效果，經常舉辦公民審議會議的丹麥人，根據歐盟的研究，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，對他們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，讓公眾能夠獲得知識，能夠參與複雜科技議題的理性討論。

公民審議會議的臺灣經驗

臺灣目前已針對不同公共議題辦理過多場公民審議會議，其中包括全國性的代理孕母公民審議會議、全民健保公民審議會議、產前篩檢與檢測公民審議會議、能源運用青年公民審議會議、水資源管理公民會議等；以及地區性的稅制改革公民審議會議與高雄跨港纜車公民審議會議等。這些公民審議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。

在過去的經驗中，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，以期能夠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，其目的是提供給更多其他無法親身參與這些公民審議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議。儘管臺灣在公民審議會議的辦理上起步較晚，但臺灣目前所累積舉辦公民審議會議的正面經驗，卻足以讓其他國家的專家學者感到印象深刻。

本場公民會議

本場公民會議，在 10 月 13 日與 10 月 14 日這兩日舉辦預備會議，邀請相關學者專家作正反意見併陳的陳述，預備會議的主要功能為背景知識的建立，藉以讓大家可以有更深入的討論材料。而在預備會議最後，會由公民小組要提出想要諮詢專家的問題。在預備會議之後，則會在 10 月 27 日與 10 月 28 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的撰寫。最後，結論報告也會刊登於網路上供外界參考。

小結

公民審議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。但對於不具專業知識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，公民審議會議這樣的參與模式，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。

第二節 政府要推動分級醫療的正反面意見

許多人聽到分級醫療，可能第一個會聯想到的是這樣的經驗：你我只要曾經拿健保卡看完病、走到批價櫃檯，就會發現即使拿一樣的藥，在大醫院看病總會比在診所看來得貴，就是因為門診部分負擔不同。但部分負擔並不只是「使用者付費」那麼單純，而其實是一項政策工具，費用的調整跟政府想要推動分級醫療有關。在 2005 年調漲時，可以讀到這樣的報導：

健保多元微調改革方案中的開源措施，健保部分負擔調漲勢在必行（…）
健保局總經理劉見祥表示（…）透過經濟誘因**獎勵轉診，以減少越級就醫**的問題，並強化民眾自我健康照護能力。

——〈必要轉診 不增加部分負擔〉
（《自由時報》，2005 年 03 月 16 日）

十二年後的 2017 年再度調整時，打開報紙則可以看到：

為推動分級醫療，中央健康保險署今天起調整部分負擔（…）健保署署長李伯璋今早到新光醫院視察轉診狀況，希望透過轉診**減少醫療浪費**，力拚健保費不調漲。

——〈醫院部分負擔新制今上路 轉診看病省荷包〉
（《蘋果日報》，2017 年 4 月 15 日）

這兩篇報導中，都可以看到一組共同的關鍵字：「分級醫療」和「越級就醫」。政府想要鼓勵大家儘量先到診所看診，而非不問大病小病先往大醫院跑。政府想透過讓你我直接到大醫院看醫生時必須多花錢，而由小診所轉到大醫院（也就是，如果診所的醫生判斷有必要給大醫院看）又可以有減免，希望減少「越級就醫」，減少醫療浪費，甚至希望可以透過節流讓保費可以不用調漲。

財務資源吃緊

之所以要推動分級醫療，來減少小病卻耗費過多健保資源所造成的浪費，一個最重要的背景是健保本身的**財務資源吃緊**，使得「節流」成為重要政策方向。去年（2017）健保局的《106 年度財務評估報告》在結論中直接說「**健保財務收支存在結構性失衡**，於維持現行健保費率 4.69% 情況下，106 年至 110 年平均每年財務收支成長逆差 3.26 個百分點，**且逐年持續擴大**，預估 110 年財務收支短絀將達 994 億元」。而在財務平衡的要求下，又因為調漲保費會帶來的「衝擊」，使得我們必須「開源節流」，推動分級醫療就成為其中一個重要管道。

不過，以分級醫療降低財務浪費的主張雖然是大家所熟知的論點，但也不是沒有正反不同的意見：由於各國醫療資源分配、支付的狀況差異很大，比較各國

推動分級醫療是否能有效「節流」相當困難²³。

正面的意見比如，在目前的文獻中，有研究者²⁴系統性地回顧各國的研究論文（但仍以美國為主），他們確實發現，多數研究都認為有基層醫師擔任病人去大醫院找專科醫師前的「守門人」，可以降低醫療資源的使用（比如醫院住院或專科門診）、進而降低花費（降幅從 6%到 80%不等），也就是說分級醫療確實可以導向低花費，這個研究結果也在歐盟等的官方報告中被引述。但該文的作者也承認，目前相關的研究品質通常不高（比如，漏未考慮不同國家或群體的健康狀況與人口背景不同），而且也很難確定省下來的錢是不是該省的錢（也就是說，到底是省下不必要的浪費，還是砍掉其實需要的資源）。

反面的例子，比如美國部分私人醫療保險要求納保的小孩必須經由轉診才給付，但有一篇研究分析，這些必須轉診的小孩，人均總體醫療支出每年其實只低了 8 塊美元，被該文作者認為「沒有效率」²⁵。

相對地，法國的公共健保也同樣面對龐大的財務短絀壓力，但在一連串改革後，赤字從 2003 年的 100-120 億歐元，下降到 2007 年的 60 億歐元，這裡可能的原因很多，但有研究者認為，改革中促進、鼓勵分級醫療的措施可能也有貢獻²⁶（法國其他政策包含降低藥物給付範圍、降低醫院床數等）。

最後，也有些人認為分級轉診的省錢效果依科別而定。英格蘭就曾在 2006-2008 年間實驗，讓部分家醫群中（涵蓋約十六萬人）有肌肉骨骼病痛的病人可以不經由基層家醫、直接「自行轉診」向物理治療師掛號。而政府的研究報告發現：開放這樣的管道（最後有 22%去找物理治療師的病人是不經轉診，18%則是基層醫師沒有用傳統的完整診療後轉診、而直接建議轉診），除了讓病人的滿意度更高、需要的病假日數更低以外，服務需求量並沒有提高，但因為降低重複門診、檢查、診斷的次數，有 75%也不需要拿藥，醫療支出反而降低；同篇報告也引述蘇格蘭類似實驗的結果，指出相較於建議後轉診，不經轉診的物理治療人均醫療成本花費反而低了 17%、跟傳統轉診比更是低了 26%²⁷。不過，英國的

²³ 可以參見 Greenfield, G., Foley, K. & Majeed, A. (2016) Rethinking primary care's gatekeeper role. *British Medical Journal* 2016;354:i4803 對反方研究的綜合整理。

²⁴ 整理改寫自 Garrido, M.V., A. Zentner and R. Busse (2011), "The Effects of Gatekeeping: A Systematic Review of the Literature", *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, Vol. 29, No. 1, pp. 28-38.

²⁵ 整理改寫自 Pati S, Shea S, Rabinowitz D, Carrasquillo O. Does gatekeeping control costs for privately insured children? Findings from the 1996 medical expenditure panel survey. *Pediatrics* 2003;111:456-60.

²⁶ 改寫自世界衛生組織（WHO）歐洲合作單位刊物中的報告：Durand-Zaleski I. The health system in France. *Eurohealth* (Lond) 2008;14:3-4.

²⁷ 整理改寫自英國健康部報告：Department of Health, United Kingdom (2006). Musculoskeletal services framework: a joint responsibility—doing it differently. From:

物理治療師專業協會雖然也基於這些發現支持自行轉診，但他們的政策建議²⁸是將物理治療師整合到基層的醫療團隊中，讓民眾可以在基層的家醫團隊直接接受物理治療師的治療：他們的報告以英格蘭西柴郡 36 個基層家醫團隊的試辦結果為例，指出在基層整合家醫和（可以不經轉診直接掛號的）物理治療，有六成的病人一次掛號就可以不必再來，總體而言也節省了醫生的工作量、降低 X 光和 MRI 轉診檢查的次數、降低轉診量，一年預估省下 72 萬英鎊（關於相關的整合政策，可以參見第三章最後各國狀況的比較）。英國國會的健康委員會調查報告也支持這樣的整合，以及讓物理治療病人可以自行轉診，認為應該要「加速推動」²⁹。

基層院所經營

不過，避免財務浪費並不是推行分級醫療的唯一目的，其他目的比如要避免**基層院所**因為病患直接往大醫院跑，導致**難以經營**、甚至萎縮。依據健保署長的說法：

全台每日門診量高達 100 萬件，大醫院門診量逐漸增加，中小型醫院與診所門診量卻減少，每人平均門診或住院費用都比 18 年前健保開辦初期高了 1 倍；估計到了 2020 年，每天會有超過四分之一的門診量湧向醫學中心與區域醫院，而基層院所提供的診療服務則大幅萎縮。

——〈小病別直衝大醫院！醫院部分負擔明起調整〉
（《蘋果日報》，2017 年 4 月 14 日）

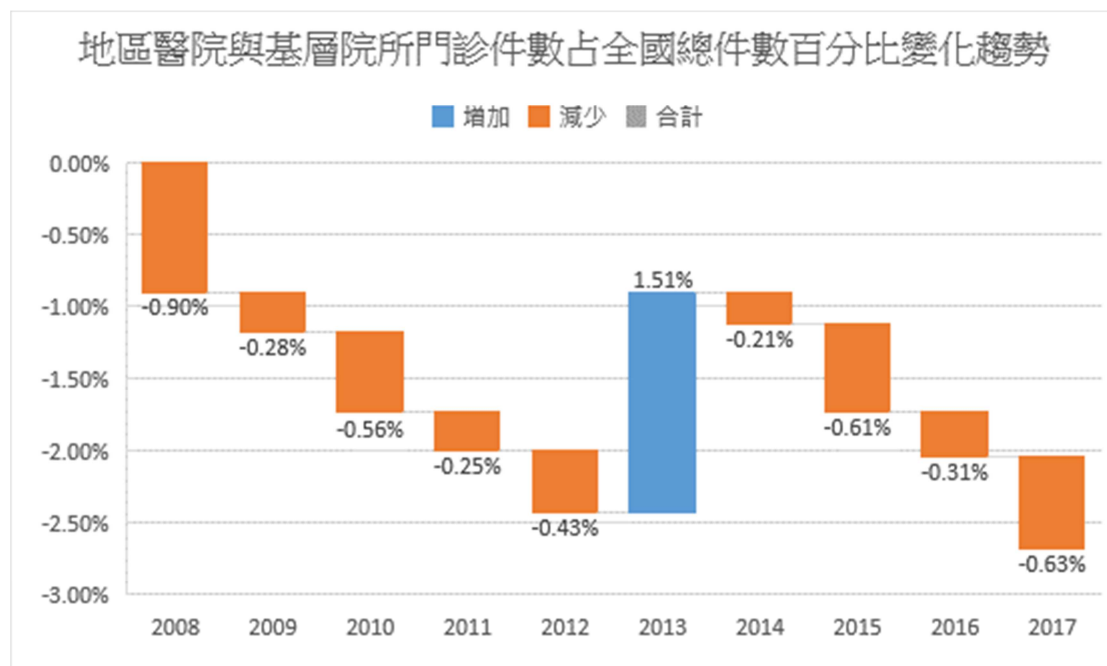
從下面的圖表可以看出，除了 2013 年之外，中小型醫院和診所（地區醫院和基層診所）門診件數占全國總件數比例年年降低；也就是說，每一天在台灣看門診的人，有越來越多是去大醫院（醫學中心或區域醫院）而非中小型醫療院所。實際上，這個數字已經從 2007 年的 80.55% 下降到 2017 年的 77.88%。

http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4138413.

²⁸ 整理改寫自 Chartered Society of Physiotherapy (2017) Think physio for primary care: policy briefing England 2017.

²⁹ 參見 House of Commons Health Committee, United Kingdom (2016) *Primary Care: fourth report of session 2015-16*. London: The Stationery Office.

圖附錄 5-2-1 地區醫院與基層院所門診件數占全國總件數百分比變化趨勢



(資料來源：衛福部健保署；本團隊自行計算、整理製表)

也就是說，除了影響健保支出，分級醫療的落實也關係到基層院所的經營。台灣社區醫院協會理事長謝武吉就曾這樣舉例說明，說單純提高支付標準是不夠的，要維繫地區醫院經營，還必須靠落實分級醫療：

例如地區醫院聘一位骨科醫師，每月人事成本約四十萬元，若以門診費提高至三百元計，每月須診療超過一千名患者才能打平，「不可能有這麼多患者來地區醫院看病」。謝武吉指出，許多地區醫院患者少，應要求醫學中心將輕症患者下轉。

——〈地區醫院門診費 10 月加碼〉
(《聯合報》，2017 年 9 月 9 日)

「厝邊好醫生」維護健康

當然，我們並不是為了拯救中小型院所而拯救，而是因為基層院所是維護民眾健康重要的一環；政府推動分級醫療的一大號召，就是希望民眾建立與「厝邊好醫生」的關係：「就近選擇信賴的診所家庭醫師**固定就醫**，有病時可以**就近諮詢**，病情需要再由了解病史的家庭醫師安排轉診」，不但可以減少「大醫院掛號不易、重複檢查、等候的時間」，而且因為基層醫生可以跟病人建立長期的關係，

更能快速、正確地做出診斷³⁰。實際案例比如：

復興區高揚威家醫診所診療八十二歲黃姓老婦，她長期臥床、身上多處壓瘡傷口，必須住院治療，診所安排她轉診到壠新醫院，治療後已康復返家；中壠區九十七歲黃姓老婦因高血壓長期在黃永輝診所就醫，日前她跌倒，也轉診到壠新醫院動人工髖關節置換手術，術後由黃永輝診所負責後續追蹤與復健。健保署說，這兩位老婦人透過轉診接受到最佳的醫療照護，未來還能就近在住家附近的診所追蹤或是復健，省去奔波就醫的麻煩。

——〈逕赴醫學中心 門診多收 60 元〉

（《自由時報》，2017 年 3 月 30 日）

關於這一點，也有一些反面的意見或顧慮。舉例來說，會有人擔心分級醫療推動下，對於某些基層未必能直接檢查到的疾病（如癌症），會不會有延遲診斷的問題。就有研究指出，在英格蘭，癌症死亡率偏高的原因可能跟診斷過慢有關，早期診斷與治療在五年內預估可以預防 5000-10000 人死亡³¹。而就有研究者認為，英格蘭（和丹麥）的分級醫療制度可能是延遲診斷、以致降低存活率的原因³²。

但相對地，也有研究者跨國比較六國、11 種不同的分級醫療設計，認為雖然因果關係幾乎不可能確認，但癌症診斷與存活率的問題應該並不出在分級醫療、轉診本身，因為這六個國家都有一些推動分級醫療的政策，但存活率仍有相當的高低差異：嚴謹的分級醫療下仍能有高癌症檢查與存活率（相對地，他們認為可能影響的因素，包含病人是否能自由選擇診所尋求不同醫生診斷，基層懷疑是癌症時，能否直接引進醫院的專門檢查，以及實際上要去醫院尋求協助時，在財務和等候時間等方面的限制與阻礙，但他們也承認這些猜測都缺乏完整的證據）³³。

避免大醫院壅塞

最後，在大醫院醫療資源有限下，推動分級醫療也能**避免大醫院壅塞**。不需要到大醫院的病就留在基層看，並且減少部分民眾把急診當「快速醫院」的問題，才能把大醫院的資源留給需要的人，也降低大醫院人員的工作量。這點特別是針對急診而言：「紓解急診壅塞」是健保署〈分級醫療六大策略辦理進度說明〉等官方文件當中明文寫下的政策目標。下面這則新聞可以說明其中部分的原委：

³⁰ 摘引自衛福部新聞稿〈雙向轉診好便利，家醫照顧揪感心〉，2017 年 3 月 22 日。

³¹ Richards MA. The size of the prize for earlier diagnosis of cancer in England. *British Journal of Cancer* 2009;101(Suppl 2):S125-9

³² Vedsted P, Olesen F. Are the serious problems in cancer survival partly rooted in gatekeeper principles? An ecologic study. *British Journal of General Practice* 2011;61:e508-12.

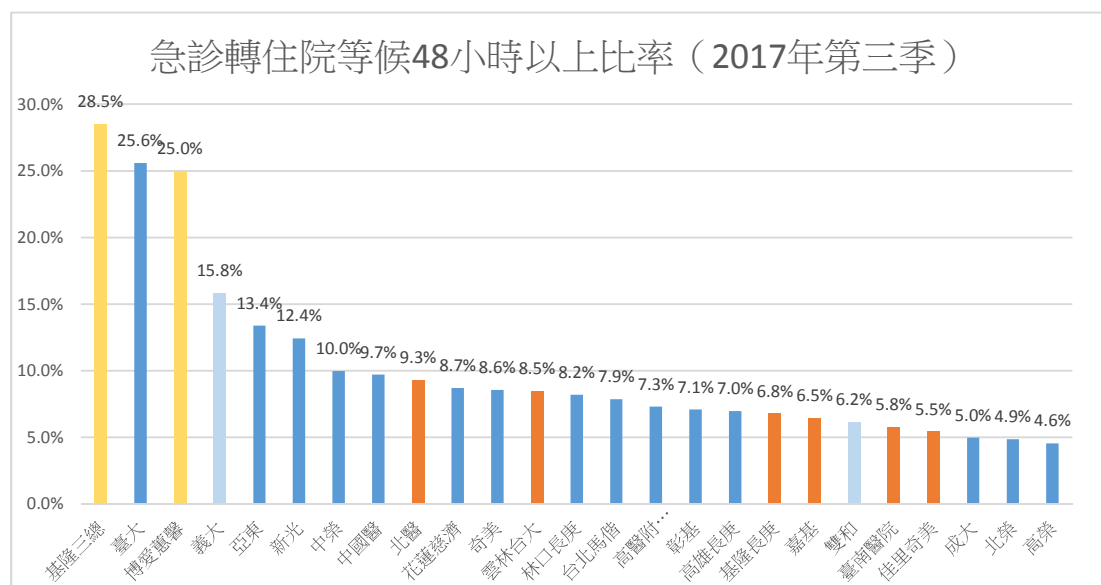
³³ Brown S, Castelli M, Hunter DJ, et al. How might healthcare systems influence speed of cancer diagnosis: a narrative review. *Social Science & Medicine* 2014;116:56-63.

根據統計，全台每年到各醫院急診者高達六百八十萬人次，其中不乏輕症就醫者。(按：時任)健保署長黃三桂說，到醫學中心掛急診檢傷分類屬於第四、第五級(也就是不嚴重的疾病)者，高達兩、三成，有人把急診當門診捷徑，造成大醫院急診人滿為患。

——〈部分負擔擬大漲 逕赴大醫院急診加掛號費恐破千元〉
(《聯合報》，2013 年 7 月 24 日)

當然，壅塞並不完全只是輕症掛急診所致，但這確實是一個因素，而且即使是第三級(「緊急」)的傷病，有一部分也可以在中小型醫院的急診處理，而醫學中心收治太多急診病人的後果之一，就是讓急診病人要轉住院的時候等不到床、因而需要等候許久：若以等候 48 小時以上為標準，2017 年第三季各醫療院所的需要「滯留」急診的比例平均是 3.46%，比例超出這個全國數字平均的醫療院所總共 25 間(扣除療養院等院所)。而將這 25 間醫療院所全部列出來，我們從下面的圖表可以看出：病人苦等無床的比例，最高的前十名有七間是醫學中心(深藍色)或準醫學中心(淺藍色)，只有第一、三名的基隆三總與博愛蕙馨是地區醫院(黃色)、第八名的北醫則是區域醫院(橘色)。台大醫院數據高達 25.6%，亦即有超過四分之一轉住院的急診病人，是等了 48 小時以上。事實上，全台灣有 19 間醫學中心和 3 間準醫學中心，總共 22 間當中，就有 17 間榜上有名，81 間區域醫院反而只有 6 間上榜，而將近四百間的地區醫院當中，更只有兩間上榜：急診人滿為患，使得理論上照顧能力應該最強的醫學中心，反而有最多人被迫滯留急診。

圖附錄 5-2-2 急診住院等候 48 小時以上比率(2017 年第三季)



(資料來源：衛福部健保署；本團隊自行計算、整理製表)

六大策略以及本手冊章節安排

為了達成上述目標，政府推動分級醫療，並不是只有提高部分負擔一招。事實上，政府總共推出了「**六大策略**」，除了透過價差將壓力放在病人身上，也有很多政策的重點是以醫院和診所為改變對象。我們可以整理六大策略如下：

表附錄 5-2-1 六大策略

民眾		醫師、醫院
強制		6 加強醫療財團法人管理
誘因	2 導引民眾轉診就醫習慣與調整部分負擔	1 提升基層醫療服務量能
	5 提升民眾自我照護知能	3 調整醫院重症支付標準，導引醫院減少輕症服務
		4 強化醫院與診所醫療合作服務，提供連續性照護

現在的做法有哪些值得延續？又有哪些有所不足、甚至不應繼續？如果要進一步推動分級醫療，在短期和長期，我們應該再多考慮什麼調整？而這些策略，又怎麼樣才有效率而且公平？這本手冊將一方面呈現台灣面對的問題、推動的政策與現況，以及各方的正反評論，並且提供一些國際比較的案例，提供各位參考：

接著在**第三章**，我們討論**診所跟醫院**各自可以怎麼改變，讓輕症病人可以少去醫院、多去診所（表 1 右側）：

- 一方面，病人是在診所和大醫院間選擇，所以我們可以同時討論：
 - ◆ 該如何讓診所能夠成為大家習慣的去處（增加診所吸引力，對應表 1 策略 1）；
 - ◆ 又該如何減少大醫院收治輕症（減少大醫院的拉力，對應策略 3）；
- 另一方面，如果診所和醫院充份合作，病人知道自己需要轉診時可以順暢、甚至整體而言品質更高，也可以提高大家先去基層診所的意願（對應策略 5）。

而在**第四章**，我們則把重點放在**病人**身上，從台灣目前採取的「調整部分負擔」（表 1 策略 2）出發，對照所謂的強制轉診，看看可以用什麼方式引導病人配合分級醫療。

分級醫療的定義

不過，在正式開始討論前，我們可以先界定一下我們所要討論的「分級醫療」究竟是什麼。在這場審議會議中，我們可以採用一個較為寬鬆的界定：不是所有醫療院所都一樣，而且不是只有分科分專業而已，而是要將醫療院所做垂直分級（也就是把醫療院所分出大小，比如大醫院和小診所、次級和初級），希望病人可以依病情嚴重程度分流。

之所以採用這種比較寬鬆的定義，不具體定義「如何分級」、「用什麼工具執行分級」等問題，是為了讓我們的討論可以較不受限於台灣目前（或者任何國家）醫療體系各個面向的安排：在這本手冊後面的章節中，我們可以發現每個國家因為醫療體系各方面的不同，所謂的「分級醫療」有很大的差異。比如光是分級的方式，就未必只是診所與大醫院：具體來說，在台灣，分級醫療在法規上是分為四級（醫學中心、區域醫院、地區醫院、診所），而診所多數是專科診所（比如耳鼻喉科或皮膚科等等），但某些國家可能是分成初級醫療與次級醫療，前者以整合性的家醫、或多科聯合執業為主，或者就可以直接等同於家醫或社區醫療，而後者不一定指的是醫院、也有可能是獨立執業的專科醫師，而嚴格說來，分級上甚至還可能有一層更為專門、分化的第三級醫療照護（可能包含器官移植、腦神經或兒童癌症特殊照護等等），由次級醫療、甚至可能直接由初級醫療轉介，比如英格蘭的系統大致上就是如此，初級是整合不分科的家醫、次級是醫院專科醫師、第三輯則是專門醫院或區域級醫療中心；有些國家也可能採取以上各種標準的綜合（比如後面會討論到的澳洲，就是分成基層家醫、專科診所、大醫院專科三層）。而在將醫療院所分級之後，具體來說執行的方式，各國也相當不同（而實際上可以採取的政策工具，也是本場會議中我們要討論的問題），這可能包含給病人的財務誘因、強制轉診（下級是上級的「守門人」，病人無法直接掛號）、給醫院的鼓勵與強制政策、各種壯大基層的措施等等。

為此，本場會議是以較為寬鬆的定義為出發點，各位公民不論是要討論推行的目標或是手段，不論是分級方式、執行分級的政策工具、更廣泛的相關醫療體系（比如健保支付制度）的設計。

第三節 在診所和醫院之間：醫療院所的大大小小改革

如何提高診所吸引力：擴大基層量能

政府明明已經宣導、推動「小病看診所」那麼久，為什麼還有那麼多人要往大醫院跑？大家不直接去診所的原因、故事其實有百百種，其中比如：

「民眾蔣先生表示，過去曾在假日嚴重氣喘發作或腹痛難耐，但一時找不到開業診所，只好到大醫院掛急診，苦等近兩小時才看到診。」

——〈別擠大醫院 健保署處方〉

（《聯合報》，2016 年 11 月 14 日）

「民眾林太太昨早帶著就讀國小的女兒來（按：新光醫院）掛急診，因女兒凌晨起腹瀉又嘔吐，鄰近腸胃科診所又都沒開，只能來急診。」

——〈直接上大醫院 漲 60 元「像懲罰」〉

（《蘋果日報》，2017 年 4 月 16 日）

「台大健康政策與管理研究所助理教授郭年真指出（…）有些病人可能信任大醫院特定科別醫師，定期就診、當成家醫科來自我照護，若要求其轉診至基層診所，病人首先面臨茫茫診所海中，不知如何選擇具醫療品質且可信任的診所。」

——〈分級醫療怎實踐？醫界：衛福部應教民眾選診所〉

（《聯合晚報》，2016 年 12 月 16 日）

從上面的報導中，我們可以看出幾個民眾不去基層院所的可能原因：找不到或不知道有可以治療自己症狀的診所，或者鄰近的相關診所根本就沒有開，而就算身邊的診所有開，也不知道哪間診所品質比較好，也沒有習慣就診的診所，乾脆到大醫院就診，都可能是原因。

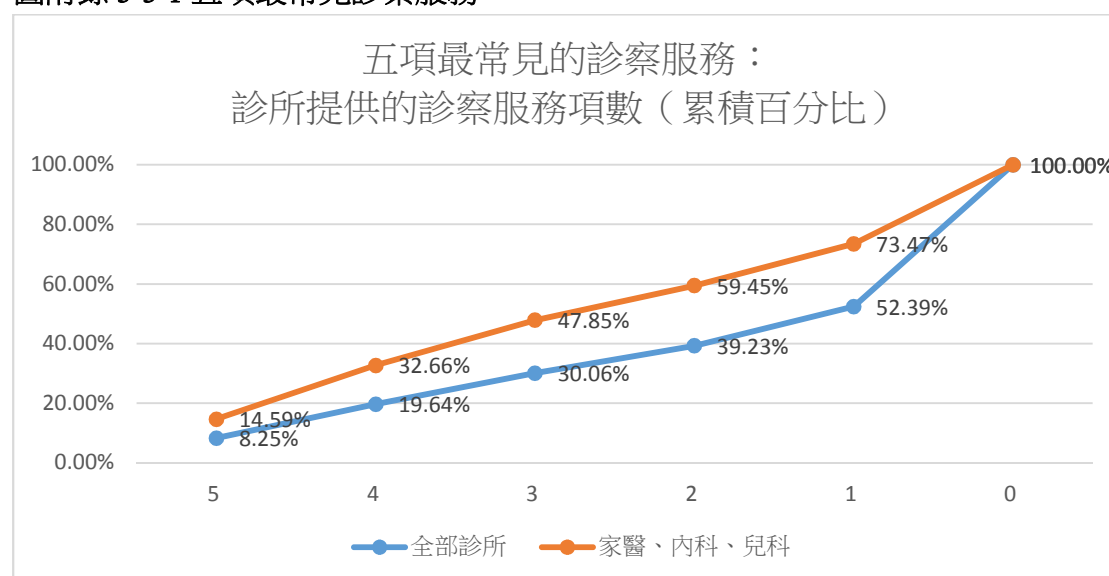
這些關於「基層醫療有所不足」的問題，正是六大策略中的「提升基層醫療服務量能」需要回應的：基層少了什麼、所以民眾不來？多增加什麼，大家會比較願意來？

問題：都是專科診所，沒有固定的「厝邊好醫生」

首先，為什麼明明有這麼多診所，大家生病的時候卻會覺得「一時找不到」診所，而平時也不會固定去一間診所諮詢？這並不只是誤會、宣導的問題，而也確實有部分反映了台灣基層醫療的現況，而近期的某些政策就是要解決這些問題。

台灣的**基層醫療診所**，大部分是**專科診所**，這意味著，皮膚科診所就是專門看皮膚、眼科就是專門看眼睛的問題。這直接導致的結果，就是**你我比較難在身邊找到一間「有問題就可以先去看」的診所**。台灣大學公衛所的林奕穎和郭年真在今年（2018）發表了一篇研究，他們整理健保資料發現，在五項最常見的「**基層醫療服務項目**」中（流感疫苗、成人健檢、微量白蛋白尿、空腹血脂、醣化血色素；其中醣化血色素是糖尿病的檢查監控，微量白蛋白尿是腎臟病變的篩檢、而相關的腎病變則又是糖尿病的常見併發症），五項全部都有提供的比例只占全部診所的**8.25%**、提供四項的也只有**11.39%**，亦即，總共有四項以上的只有**19.64%**；而甚至有**47.61%**、**將近一半的診所**，**連一項都沒有提供**。即使我們把範圍限縮在實際上已經比較全面的家醫、內科和小兒科，仍**26.53%**連一項都沒有提供，也只有三分之一有提供到四項以上（見下圖3）。其他如子宮頸抹片、戒菸門診、眼睛檢查等，有提供的診所都不到**10%**，結腸直腸鏡、乳癌篩檢等甚至不到**2%**。

圖附錄 5-3-1 五項最常見診察服務



（資料來源：林奕穎、郭年真（2018）；本團隊自行整理製表）

☞ 政策：社區醫療群（家醫整合性照護計畫）

目前，面對專科化導致診所服務範圍窄，一般的診所因而沒辦法擔綱家庭醫生第一條防線的功能，計畫主力就是基層診所的整合：健保署從 2003 年就開始試辦、2007 年正式辦理「**家庭醫師整合性照護計畫**」，推動成立社區醫療群。這個計畫要讓社區內由多個、多種專科診所（原則上至少五間）跟醫院合作，彼此支援轉診，組成**家醫團隊**。早在 2004 年剛剛成立時，就可以看到這樣的報導：

以南屯黎明的醫療群為例，擔任召集人的吳三源醫師說，這個醫療群由 5 家診所組成，醫師分別具有內、外、婦、兒、眼科和耳鼻喉科的專科執照。所有的診所都在同一條街，病人若需其他科醫師會診，走幾步路就行了。

——〈社區醫療群 服務像 7-11〉

(《聯合報》，2004 年 10 月 14 日)

這樣的計畫目的之一，就在於讓社區民眾可以有自己習慣固定去、信任並且彼此熟悉的診所，就「擴大基層量能」這方面來說，這個計畫的設計是³⁴：

- ◆ 在社區中，讓不同專科的診所結合起來，會由這些診所的醫生原先可能來自內科、兒科、外科等不同科別，但在加入第一年都要上**家庭醫師訓練課程**；
- ◆ 此外，還會設置給社區內會員的**24 小時諮詢專線服務**，提供健康建議、協助聯繫就醫、甚至在必要時直接轉介醫師，也就是說，雖然社區內有很多間不同的專科診所，但社區民眾可以有習慣接洽的單一窗口；
- ◆ 不只民眾可以找醫療群，政府也鼓勵醫療群設置專任「**個案管理人員**」，有專業的專人協助聯繫、處理安排追蹤每個病人的狀況，並且主動**電訪**（call out）、甚至探視；
- ◆ 在**會員**方面，主要是**社區內的慢性病患者**（多次就醫、多重慢性病老人、糖尿病、氣喘、BC 型肝炎、初期慢性腎臟病或慢性阻塞性肺病、乳癌、失智症等），以及其他忠誠的高利用病人和兒童（這些人是分配給醫生的「指定收案」），再以這些人的家屬和其他忠誠病人為優先加收對象（醫生可以決定的「加收對象」）；
- ◆ 鼓勵的方式，包含讓醫生加入和諮詢都可以增報點數，並有績效獎勵。

在成效上，目前（截至 2017 年），各縣市的醫療群數和診所數如下，參與的診所數大約占全國四成，但各縣市的參與率有很大差距（見下表 2）。此外，各次醫療區，現在也都有了至少一個醫療群（全台灣總共有 51 個次醫療區，不過有 7 個醫療區，因為資源不足的關係，是特別放寬、只要有兩個以上的診所而不需要五間就能成立醫療群，這 7 區都在花東）；**收案會員數則是超越了 414 萬人**。品質指標上，2016 年度有 413 個醫療群有資格分得品質指標獎勵費，品質指標 100 分的醫療群計有 21 群，獲獎勵金超過 300 萬之醫療群計有 32 群。

³⁴ 整理改寫自衛福部健保署（2018）〈全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫〉

表附錄 5-3-1 各縣市的醫療群數和診所數

縣市	醫療群	診所數	診所參與率	縣市	醫療群	診所數	診所參與率
台中	107	827	58.40%	竹縣	9	77	41.85%
新北	67	565	37.39%	竹市	9	69	37.10%
台南	63	422	45.77%	基隆	10	64	42.38%
高雄	57	398	27.62%	嘉市	11	64	34.04%
台北	42	318	28.65%	宜蘭	10	63	34.24%
桃園	40	307	45.21%	嘉縣	15	50	28.90%
彰化	35	285	57.69%	花蓮	7	48	32.43%
雲林	20	123	46.07%	台東	2	28	30.77%
屏東	18	119	31.65%	澎湖	1	13	24.07%
南投	15	116	48.95%	金門	1	10	33.33%
苗栗	12	102	52.31%	總計		4068	40.53%

(資料來源：衛福部健保署；本團隊自行計算、整理製表)

人數、醫療群數和診所數持續成長，而且有許多醫療群品質達標，固然可以說是推動成功，但同時也使得部分參與的醫師擔心資源無法跟上，造成**資源被稀釋**，也就是說，要維繫這個政策，每一年的資源可能就必須跟進增加：

基隆市開業家醫科醫師黃振國指出，近 3 年健保署喊出擴大家醫計畫，去年會員人數就從 220 萬人增加到 260 萬人，但經費規模不變，就像一桌 10 人菜量硬擠了 20 人，點值下滑到 0.7；今年經費雖從 11.8 億元增加到 15.8 億元，但人數暴增到 413 萬人，估計點值恐掉到 0.4。「錢真的很少！」參與家醫計畫多年的開業醫師詹前俊也說，健保給付點值幾乎每年都在下降，照顧每個患者要一一建檔，掌握健康狀況；但照顧 1 人每年只多給約 200 多元，經費不足，只能當作與病人搏感情，看診當「做功德」。

——〈健保家醫計畫僧多粥少 明年恐賺 1 元只拿 4 毛〉
(《蘋果日報》，2017 年 9 月 24 日)

(按：中華民國醫師公會全聯會基層執委會召委)黃啟嘉指出(…)他預定本月健保會上提案撥補費用，預估至少需增四億元支應(…)醫改會副執行長朱顯光分析，今年未經轉診就醫須增部分負擔、部分大醫院週末關診等多種因素，造成患者求診轉向基層，加上今年家醫計畫預算是史上最高，種種因素衝出高量能。建議健保署評估病人不跑大醫院急診、重複門診省下的金額，用來鼓勵該計畫，以免醫師付出無法獲得合理回饋，明年就不做，影響民眾權益。

——〈家醫計畫病患爆量 憂做愈多虧愈多〉

(《自由時報》，2017 年 6 月 12 日)

值得補充說明的是，上文中的「點值」的意思，必須回到健保付錢給醫療院所的方式來理解：簡單來說，台灣健保請款的方式，是各醫療院所按照各自進行的醫療行為，一項一項申報「點值」(記點，比如作一次心電圖可以報 150 點)，經過審核之後，結算時再憑審核通過的點數，去依比例分配已經畫好的大餅(總額)，點數越高、換到的錢就越多。更精確來說，每一年政府會先考慮收支等因素，先決定全體醫療院所可以分的大餅有多大，再分成西醫基層、西醫醫院、牙醫和中醫四塊餅，以及一些專案，這樣把大餅切成好幾塊的動作，是經過各方協商後決定餅的大小(比如專案執行不佳，可能會就會被砍掉)。而到了下一個年度，各家醫院、基層診所等再按照各自報的點數，去分配自己分到的那塊餅。

前面提到政府鼓勵加入社區醫療群、並且發放績效獎勵的方式，就是增加診所可報的點數，希望讓他們最後可以換到更大塊的餅；而為了避免一點能換到的點值太低，上面引文中參與醫師的建議，就是直接提高總額(可以分配的「大餅」)，並部分挹注在這個計畫上，也就是讓健保提高總支出，把餅劃大。

☞ **政策：推動多科聯合執業**

中長期來說，政府也正式把「**鼓勵診所朝向多科聯合執業**，提供一站式整合性服務」列為推動目標，希望可以提供更全面、「全人全家」的照顧³⁵。

☞ **政策：開放基層表別**

另外，診所服務的範圍不足，除了因為台灣「專科診所為主」的特色以外，另一方面也是因為有些檢查或處置，診所根本就不能做，有需要的病人也只能去醫院就醫。為此，政府也逐步開始推動「**開放基層表別**」，也就是讓基層診所在規定上可以做的檢查變多，包含心臟超音波、癌症腫瘤標記都屬於近期(2017 年五月起)開放的 25 項，2018 年起也開放了「皮質素免疫分析」等 6 項。依照政府的規劃，未來還有可能再繼續擴張³⁶。

☞ **問題：「找不到有開的診所」**

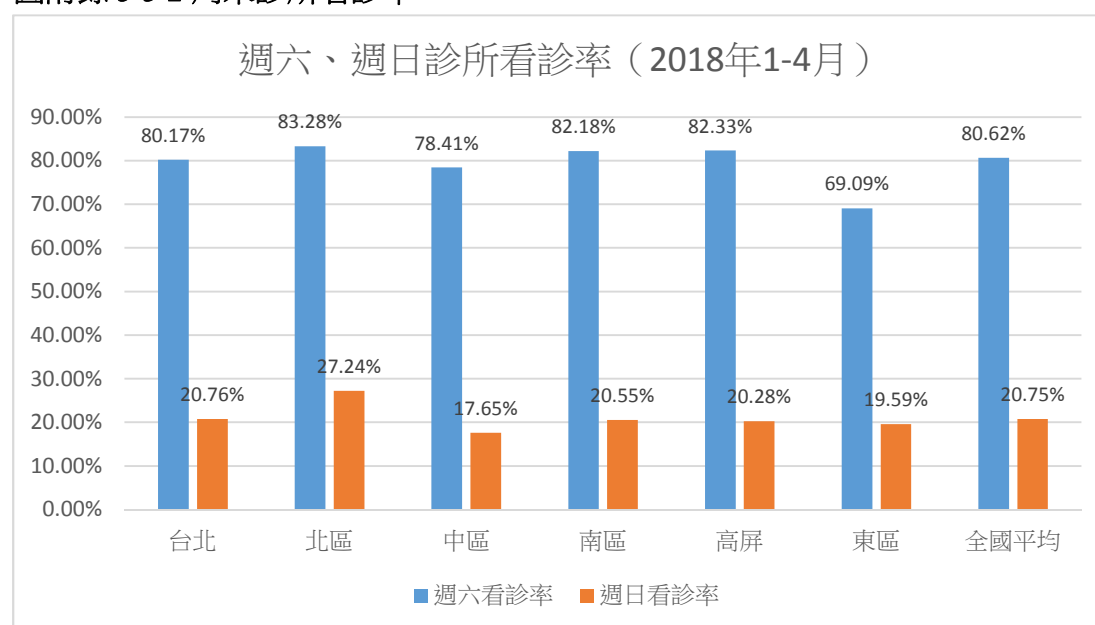
不過，有些時候不是病人也不願意先去基層診所，而是**找不到診所、或是診所根本沒開**。短期內，要解決這種問題，可以做的是**鼓勵診所增加開業時間**(特別是假日)，並且**讓大家能夠找到有開業的診所**。

³⁵ 參見健保會(2016)〈推動分級醫療策略及配套〉、健保署(2017)〈分級醫療六大策略辦理進度說明〉。

³⁶ 參見健保署(2017)〈分級醫療六大策略辦理進度說明〉

關於實際上的診所開業時間，我們可以發現週日看診量確實較低，而週六開診的診所遠多於週日開診診所。在 2018 年 1 月到 4 月間，全國周六開診率 80.62%，總共看了 8309766 人次；但週日開診率就只有 20.75%，一共看了 2267132 人次。

圖附錄 5-3-2 周末診所看診率



（資料來源：衛福部健保署；本團隊自行計算、整理製表）

而且，而且就算當天有看，也不是週日整天一直開著：舉例而言，數據顯示平均來說，在下午時段（13:30-18:00，總共 5.5 小時）當中，這些診所平均開了 1.85 個小時（有些當然開滿 5.5 小時，但這也表示有許多看不到一兩個小時）。

☞ 政策：APP 查詢看診

要讓大家找到有開的診所，除了在前述的家醫群中透過 24 小時專線轉介，健保署目前的做法，是推行「全民健保行動快易通」的 APP 讓民眾查詢看診狀況，2016 年起還可以透過地圖搜尋鄰近的診所，可以依科別、時段、項目等進行條件搜尋。不過在 2017 年二月底，醫改會實際抽測，認為錯誤率達 8.3%（「例如有的診所查詢系統顯示二十六日早上有開診，電詢卻均回覆沒看診或不確定開診。又如台中市有小兒科診所顯示二十七日看診，但休診日期又將此日列入」³⁷）。

☞ 政策：增加診療費用鼓勵週末看診

鼓勵診所假日開業的方式，主要是有考慮透過加錢，也就是讓診所在週六、週日和連續假期看診時，可以向健保請更多款。具體的做法，也就是週日看診診察費加成，不過這一點一直以來主要是在研議階段（比如「健保署為提高假日基

³⁷ 〈落實醫療分級 診所診察費下月起調高〉，《自由時報》，2017 年 2 月 26 日。

層開診率，正研議假日開診診察費加成、調整第一階段合理門診量等事宜」)³⁸，目前基層的週日點數並沒有特別提高。但最近有的類似例子是專案進行：在 2018 年的 1-2 月流感流行期間，對於提供公費抗流感藥物的診所，政府就曾補助其於例假日開診，直接由醫療發展資金補助診察費兩成，也就是「加薪」兩成。

為了一般性的在財務上支持基層診所（所謂「壯大基層」），讓基層的量能可以維持甚至擴大，健保署也曾直接調高基層診療所能申報的點數。比如 2017 年 3 月 1 日起，每名醫師每日門診量在 30 人次以下，診察費就從現行 332 點提高到 352 點，增加 20 點（因為每一期的點數換算新台幣不同，無法直接說多少錢，但單從點數來看，是「加菜」約 6%）。

如何降低大醫院拉力：調整支付標準，導引醫院減少輕症服務

問題：大醫院為何會「拉住」輕症病人？

但病人是在診所和醫院間做選擇，從這個角度來看，解方就有兩方面：除了讓診所更壯大、更有吸引力以外，另一方面也可以減少大醫院對病人的「拉力」，也就是要大醫院放掉一些輕症病人，不但不主動吸引他們，而且還減少收治，甚至在他們來的時候，還可以鼓勵他們「向下轉診」到基層。

為什麼這會是一個議題呢？讓我們先來看以下的案例：

中華民國診所協會全國聯合會理事長曾梓展觀察，慈濟醫院台中分院、海線多家醫院和亞洲大學附設醫院，都因應鄰近縣市偏鄉需求，提供交通車接送服務（…）他反對大醫院一天開出五六趟、多站停靠的醫療交通車載送病患（…）台中市衛生局說，根據衛福部函文，醫院不得以折價或送禮物等方式不當招攬、刺激就醫需求，醫院接駁車可接送老年、殘疾、偏遠地區無交通工具民眾（…）亞大附醫說明醫院周邊沒有公車到達，才與客運業者簽約，增設偏遠接駁車路線，將與附近診所攜手合作，收費也將調整；慈濟台中分院也表示是因應地方需求才增設。

——〈小診所 心裡苦…「病人愛去大醫院」〉
（《聯合報》，2016 年 8 月 21 日）

診所醫生會批評大醫院「開交通車」到社區去是在「搶客」，背後是有原因的：門診、特別是成本較低的輕症，是一些大醫院收入的主要來源。一個可以參考的數字，是各醫學中心在 2017 年跟健保局申報的點數中，有多少比例是來自門診而非住院（也就是說，單看門診跟住院這兩類，各家醫院請領的健保大餅中，

³⁸ 例如健保署新聞稿〈健保推動分級醫療及相關配套說明〉，2016 年 11 月 13 日。

100 塊錢當中有幾塊是來自門診)：19 間醫學中心中，只有高雄榮總和花蓮慈濟兩間低於 50%，也就是說，其他 17 間醫學中心，門診的收入都多於住院。納入區域醫院後，有 12 間大醫院領的 100 塊中有超過 60 塊來自門診，另外有 28 間則在 55-60 塊之間³⁹。

當然，門診絕對不代表輕症、也有可能有些棘手的個案、或是慢性病回診等情況，但這一方面代表，對於多數大醫院來說，減少門診量對於營收的影響將十分巨大；何況，這些門診當中確實不乏輕症：

健保署統計，醫學中心總門診量從二〇一〇年的二五六二萬件成長至去年三〇六九萬件，區域醫院更從三三四六萬件成長至四一一四萬件；而醫學中心收治上呼吸道感染、結膜炎、擦傷、皮膚黴菌病等初級照護率約十二%至十四%不等，區域醫院更近二十%，平均每五至八名病人就有一名輕症，可能排擠重症患者。

——〈醫學中心、區域醫院 健保給付門診擬縮減〉

(《自由時報》，2017 年 11 月 27 日)

☞ **政策：如果從給大醫院的錢下手呢？棒子與胡蘿蔔**

為此，就如同政府會「加菜」鼓勵基層診所多看一些病人，政府也一樣透過財務手段，鼓勵或導引大醫院少看一點輕症病人。

目前，除了明文禁止前引新聞中「以交通車載送等不當方式招攬輕症患者」之外⁴⁰，政府在財務面的作法有兩種鼓勵措施、以及兩種懲罰機制，也就是有兩袋胡蘿蔔、以及兩支棒子。

在胡蘿蔔方面：考慮到上面提到醫院營收來源的問題，從 2017 年 10 月開始，政府投入了 60 億，增加醫院收治重症可以分的「餅」的量，來當作鼓勵醫院放掉輕症診療的配套。這也就是「調整重症支付標準」，具體來講，就是幫大醫院收治重症「加菜」，貼補他們放掉輕症病人的可能損失，比如「硬脊膜外麻醉由 4,125 點調為 4,950 點，脊髓麻醉由 2,250 點調為 3,375 點」，兒科住院診察、複雜生產和高危險妊娠手術診察費、加護病房診察等等的點數也都通通調漲⁴¹。另一支胡蘿蔔則是：大醫院只要願意向下轉診給基層，也直接可以獎勵五百點。這兩樣措施，是要鼓勵大醫院「專注」在重症上，把輕症病人轉走。

³⁹ 本團隊自行整理自衛福部健保署統計資料。

⁴⁰ 新聞報導如〈衛福部：半夜跑大醫院 急診不漲價〉(《聯合報》，2016 年 11 月 13 號)

⁴¹ 摘錄改寫自衛福部健保署新聞稿〈健保挹注 60 億調高重症支付標準，分配方案出爐〉(2017 年 7 月 6 日)摘錄改寫自衛福部健保署新聞稿〈健保挹注 60 億調高重症支付標準，分配方案出爐〉(2017 年 7 月 6 日)

除了胡蘿蔔之外，政府也祭出「棒子」：**醫院看太多輕症，健保乾脆就不給錢**。這裡目前有兩個政策：首先公布的，是先從初級照護案件減量下手，要求醫院減少收治基層診所可以治療的輕症：在 2017 年，排除急診、山地離島、經過轉診等狀況，大醫院（區域醫院和醫學中心）的輕症件數必須在前一年（2016）的 90% 以下，也就是說大醫院一定要減量輕症的一成，否則超過部分就不能從健保拿錢。後來健保署更進一步加碼，從 2018 年 7 月 1 日開始，直接要求要求**醫學中心門診量年減少 2%、五年減少 10%**，否則，超出部分同樣不予給付，醫院如果要繼續多做、就是自己要「多做少領」，這同樣是希望釋出不需要在大醫院就診的病人、讓他們轉往基層去就醫。

這些政策的效果如何？醫院如何因應、具體而言造成了哪些影響呢？首先，有些大醫院確實配合減少門診、加強轉診，以台南為例：

健保署要求醫學中心門診量年減少 2%，高醫附設醫院與高雄榮總都表示，早在幾個月前就開始**與基層診所群合作，進行雙向轉診**，讓部分病況穩定慢性病患，轉診到基層診所就醫，朝健保署要求門診減量方向努力。一名不具名醫學中心主管表示，醫院也有以**部分門診限號措施**，避免收治太多門診病人(…)台南地區各家醫院，目前僅有成大醫院**取消周末門診**，奇美醫院、新樓醫院、安南醫院、衛福部立醫院及台南市立醫院都維持正常。但為了配合政府頒佈的門診減量政策，部分醫院將**限制周末門診的掛號人數**，不讓病患全擠在周末看病。

——〈醫學中心門診減量 民怨「被刁難的還是病人」〉
（《蘋果日報》，2018 年 7 月 2 日）

但這是否回應到了最根本的問題，也就是減少大醫院的輕症收治呢？從帳面上來看，在初級照護降低一成的政策實行之後的下一季，也就是 2017 年第四季，大醫院報出的初級照顧（輕症）件數確實下降了 24%、少了 267 萬件。但在這個數字背後，從執行到定義，都充滿了各方的角力與爭議。

在執行面，因為實際上開診斷的權力在臨床醫師、而醫師又受到醫院的管考，在營收壓力下，有些大醫院就爆出有輕症重報（upcoding）的問題：

北部某醫學中心的主治醫師抱怨，院方為了賺錢，不願放走任何一個輕症患者，半強迫地要求醫師修正病人診斷(…)某醫學中心高層回應，該院一向積極配合國家分級醫療政策，建立提醒視窗是因為不少醫師經常鍵入錯誤代碼，才會善意提醒，以免日後遭健保核刪。

另一名新陳代謝科醫師則大膽預言，在醫院系統性操作下，分級醫療制度實施一兩年後，醫學中心所收治的糖尿病患大概都會是重症，每個病人都合併腎臟病或是視網膜病變，以符合分級醫療的要求。(…)該名醫師

說，早在新制尚未上路之前，就接到院方公文，公文中要求醫師須正確做好診斷碼註記，隨後再提醒醫師，為了不損及醫院營收，建議登錄病情較重的診斷碼。以該院為例，**只要醫師鍵入輕症診斷碼，電腦就會跳出警示視窗**，建議醫師換成其他診斷碼，電腦還會詳列出相關病情較重的診斷碼。

——〈分級醫療出亂象 拚營收 半強迫醫師造假〉
(《聯合晚報》，2017 年 7 月 12 號)

目前健保署防弊的做法是用總量判斷（例如就曾有这样的報導：「健保署近日從大數據觀察發現，部分醫學中心門診患者人數變化不大，但輕症人次較去年同期減少，重症患者增加（...）觀察到北、南各一家醫學中心有上述現象，且部分疾病合理性不足，疑似不實登錄診斷代碼」⁴²），不過，有時更改為重症也不一定是作弊，而另有原因：

健保署副署長蔡淑鈴（...）表示，一名患有高血壓、糖尿病的病人，到醫學中心看感冒，主診斷應該列哪一項呢？有人認為是看感冒就列感冒，但也有人認為此類患者感冒與一般患者感冒不同，確實有重症風險，應該列其他病症。台灣高血壓學會理事長王宗道說，以高血壓為例，高血壓診斷碼有好幾個，過去因為不影響給付、病人治療，醫師通常習慣直接列單純高血壓，但今年因應健保署分級醫療政策，必須更精確地選擇診斷，加上國際疾病分類從第 9 版改成第 10 版，系統會自動將一些患者分在單純高血壓，醫師需要手動更改，因而出現更改的動作，「反映真實」與「刻意亂寫」很不同，應該要釐清！

——〈醫院拚賺錢？行政作業？大量輕症病患改重症〉
(《自由時報》，2017 年 7 月 13 日)

此外，光是關於「什麼是輕症」的定義，在訂定時，也已經有大醫院和基層之間的爭執：有些大醫院醫師認為，輕症的範圍過廣，而且會導致實際執行的問題；但基層醫師卻也質疑輕症的範圍過窄、而且還繼續下修，讓輕症患者還是不會離開大醫院。前者的代表例如：

台大醫院醫療事務主任胡瑞恆說，**健保署訂定的輕症範圍太廣**。結核病、白喉、百日咳、鼠疫等法定傳染病都在列，還有乾癬、白內障或高血壓等，全在初級照護範疇。另外，院方不能拒絕患者，**若強行規定減少輕症服務量比率，「難道要醫院門口抽籤或篩選，每五人抽一人？」**

新光醫院心臟內科主治醫師洪惠風也說，初級照護以第一項診斷為主，弔詭的是，三高患者的病歷診斷碼若將高血壓寫在最前面，就被歸類為輕症患者，先寫糖尿病則不算輕症患者，讓醫師須注意「眉角」。洪惠風說，**醫護人員等同被迫玩文字遊戲**，例如癌症患者因高血壓到醫學中心的心臟

⁴² 引自〈留住輕症 2 醫學中心疑改診斷碼〉(《聯合報》，2017 年 7 月 13 日)

科看診，主診斷就須寫癌症。

——〈健保署分級醫療標準惹議 高血壓是輕症 糖尿病不是〉
(《聯合報》，2016 年 12 月 8 號)

但另一方面，卻也有後者的代表，如嘉義市陽明醫院（地區醫院）的院長謝景祥就批評：

這個良法美意到了執行階段卻完全落空，大型醫院拿走 60 億元後，卻開始在初級照護的定義上做文章，專家學者開了許多會後拿出來的版本荒腔走板根本是陽奉陰違打假球，比如診斷不寫清楚部位的關節痛算是初級照護，寫清楚是膝關節痛就不是初級照護，經過我們抗議後雖然部分修正，但是只要大醫院的醫師有心規避，還是可以完全閃躲。我們可以預言這個政策執行一年後，大醫院的初級照護完全不會釋出，門診量完全不會減少，基層醫療還是會繼續萎縮。

——謝景祥〈分級醫療不能打假球〉
(《蘋果日報》，2017 年 5 月 20 日)

代表基層的台灣社區醫院協會謝武吉理事長，也有類似的批評，他也因此支持衛福部後來第二波的政策，直接以控制門診量的方式，繞開關於「初級照護」病人的定義問題：


但，該調整的 60 億元到手，初級照護的定義，由 105 年討論到 106 年，由 900 項縮減到 200 多項，第一季要扣就說併第二季檢討！第二季要扣又說要看全年，死纏爛打，該扣都沒扣！期間甚至還有利用資訊系統鎖碼或刻意要求變更疾病碼！大幅竄改來刻意閃躲抗拒，真是吃健保夠夠！不過，衛福部陳部長絕非省油的燈，107 年跳脫初級照護定義紛爭，要求「醫學中心、區域醫院門診量降 2%……」，具體、明確、有智慧。

——謝武吉〈由初級照護案件數下降到門診減 2%，有效還沒效？〉
(《蘋果日報》，2017 年 12 月 29 日)

不過，「跳脫初級照護定義」的作法，也引發其他人質疑可能會讓醫院減診減到不該砍的病人，比如：

醫改會則憂心，健保署僅要求門診減量，卻未規定減量對象是否為「初級照護病人」，若減掉的是複雜病症患者，病人掛號依然一號難求，建議健保署修正新制並公開各醫院減量輕症比率。

——〈醫療分級下猛藥！大醫院門診不減量 健保就不給付〉
(《聯合報》，2018 年 7 月 1 日)

 如果診所與醫院可以充分合作：提供連續性照顧

☞ 問題：「可是萬一真的要轉診，好麻煩喔」

前面的討論，看到的是「病人在醫院跟診所之間選擇」、甚至有時就是診所跟醫院競爭的面向，但另一方面，我們對於轉診的一些顧慮（「如果先去診所，到時候要轉診很麻煩」），有時可能是需要透過診所和合作、甚至整合才能回應的：

醫改會研究員李怡嫻表示，醫改會近年來陸續接獲民眾申訴，轉診到大醫院就醫狀況不少。最常見的就是聯繫失敗，民眾拿著轉診單「傻傻跑去」，最後還是得現場跟著其他民眾排隊、等掛號。

——〈轉診破功？躺救護車轉醫院 沒病床〉
（《聯合晚報》，2014 年 9 月 23 號）

要回應這樣的疑慮，可能就必須要靠診所跟醫院之間合作，準確地傳遞轉診需求和病歷紀錄，也就是在資訊上可以共享，甚至還要確保轉診病人有名額可看。但從上面的討論就能知道，在現在診所、醫院分立，各有營收需求，同時大醫院又壅塞嚴重的現狀下，要做到這些並不容易。因此，會有下節所討論的政策，包含先前已經提及、內容相當多元的「社區醫療群」，以及取用這個計畫當中個別的元素的其他計畫。

☞ 政策：社區醫療群，銜接整合照護，跨層級醫院合作

先前我們所討論的「社區醫療群」（五間以上的專科診所聯合當社區家醫團隊）的計畫，同時也有基層診所和大醫院合作的面向，而且在社區醫療群的基礎上，大醫院也可以進一步整合多個醫療群，結合診所和其他機構，形成策略聯盟。具體來說，有以下的共同特色，以及某些可能特別值得注意的個別表現⁴³：

- 每一個醫療群，同時都要跟一到兩間大醫院合作（加上不限間數的地區醫院）；
- 雙向轉診合作：基層診所會協助病人掛號，幫他們轉診到大醫院，大醫院在

⁴³ 綜合整理改寫自：衛福部健保署（2017）〈各分區醫療群合作轉診及醫療資訊分享優良案例〉（2017 年 4 月 13 號新聞稿附件）；衛福部健保署（2018）〈全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫〉。以及報導：〈大醫院、社區醫院資源整合 醫院設聯盟 看病免跑大醫院〉（《聯合報》，2015 年 4 月 15 日）；〈大醫院難掛號 下月起轉診免排隊〉（《蘋果日報》，2017 年 2 月 19 日）；〈三歲童猛咳發燒好不了 快速轉診救他一命〉（《蘋果日報》，2017 年 4 月 6 日）；〈桃醫攜手百家診所落實分級醫療〉（《自由時報》，2018 年 3 月 29 日）；〈林口長庚「大雁」領航 基層診所：準備好了〉（《自由時報》，2018 年 5 月 16 日）；〈雙向轉診 北榮和社區醫療群為民眾省 250 元〉（《聯合報》，2018 年 6 月 16 日）；〈中區三大醫學中心領航 力推 5 年 10%病患轉診所〉（《蘋果日報》，2018 年 7 月 2 日）

病人病情穩定、可以轉回基層診所後，也會主動幫病人轉回診所；每個醫療群實際上協助的方式不同，但可能的措施包含：

- ◆ 跟台中市中國醫學大學附設醫院、桃園市壠新醫院、以及高雄市的高雄醫學大學附設醫院合作的診所，基層醫師都可以直接幫病人**選擇科別**，並且代為**直接掛號**；
- ◆ 經由跟台北市榮民醫院合作的診所轉診的病人，則可以**優先掛號**，甚至**安排住院**；台中市中山大學附設醫院的合作診所（「大雁計畫」下合作診所，涵蓋台中、彰化、南投、苗栗四縣市）則不但可以幫病人線上優先掛號，而且中山醫還**每日保留 600 個門診名額給轉診病患**；
- **病歷共用與電子轉診**：在這個過程中，政府鼓勵診所和醫院多多使用「電子轉診資訊交換平台」進行轉診，這是 2017 年 5 月上線的新平台。政府希望可以透過這個平台加強資訊傳遞，所以大醫院醫師可以直接收到基層家醫群的初步判斷，大醫院做的檢查結果也可以透過這個平台回傳給基層家醫，方便家醫作後續追蹤、為出院後的照顧作準備，讓病患不用花錢拷貝光碟、調出 X 光片，也降低重複檢查、用藥對病患造成的風險、以及對於健保的浪費，舉例來說，結合這點和前一點：
 - ◆ 跟台北市新光醫院合作的診所病人，如果需要大醫院的**檢查**，可以直接憑轉診單到一樓直接「**快速掛號**」、並有志工引導，檢查結果**直接線上回傳診所**；其他診斷時的發現（比如醫院治療黴漿菌感染時，發現病人也有呼吸道過敏），也可以回傳給診所；
- **跨層級共同照護和個案管理師**：在診所醫師把病人轉到大醫院之後，大醫院醫師也可以跟診所醫師**共同照護**；而整個過程中，也可能有**個案管理師**協助和聯繫、當病人在跨院所的窗口，並協助入院、出院準備等工作，比如：
 - ◆ 與台南的成大醫院合作的診所，就是醫院跟診所醫生**共同討論照護計畫**、特別是處置或手術後的後續照護計畫，並且整個過程中有個案管理師在

過程中陪伴病人、協助轉診等，並轉達診所醫師的關心；

- ◆ 北區以桃園為主、並且涵蓋新竹、苗栗、宜蘭、雙北的「雁行計畫」(包含桃園醫院、林口長庚、新竹馬偕，以及各地共 264 間診所)，也有必要時由醫院和診所醫師「雙主治」的計畫；
- ◆ 在台北的榮民醫院，如果醫師認為有需要，兩邊的醫生甚至可以**共同查房**，以了解病人的狀況；
- **共同照護門診**：在平時，基層和大醫院的醫師也可以合作在大醫院開設共同照護門診，互相合作；也有些例子當中，是以合作到社區巡迴、進行衛教宣導代替，結合這兩點的實際例子比如：
 - ◆ 在新北市平溪、雙溪、貢寮及坪林等偏鄉，汐止國泰醫院「每月提供兩次醫師駐點，每週兩次復健，若患者需要進一步檢查或轉診，病歷資料直接傳回醫院，安排後續門診、治療或開刀事宜，節省冗長等候時間」；
- 跟其他專業的合作：在一些計畫當中，還納入了與長照機構和藥局的合作：
 - ◆ 比如新北市的「大醫院聯盟」，就希望參與的醫院在轉出病人回到社區診所的同時，也可以在必要時告知、轉介社福單位。

這樣的規劃，是希望透過合作關係推動「連續性照護」，鼓勵大醫院醫師在病患不需要繼續留在大醫院時就下轉，也鼓勵病人願意配合下轉，進而使得基層診所不用怕病人轉出去就不回來，也鼓勵了他們上轉。

如上所述，「社區醫療群」這個計畫涵括了許多個別的元素，其中有一些也是健保署想要單獨推行、鼓勵的。這包含了電子病歷與轉診的系統，不是社區醫療群的診所也可以使用。這也包含其他的計畫，這些計畫通常也是用財務鼓勵的方式進行。以下將介紹兩個主要的計畫，除了都是要推動連續性照護以外，其中一個（「醫療垂直整合銜接照護試辦計畫」）同時也關於上一節討論的鼓勵醫院下轉，另一個（「全民健康保險跨層級醫院合作計畫」）則也同時是要壯大基層。

前述的「跨層級共同照護」（醫院主治醫師和基層診所在照顧病人時的合作），就有「醫療垂直整合銜接照護試辦計畫」鼓勵：政府鼓勵主治醫師與社區醫院或診所醫師，在病人還在醫院的時候就召開**銜接照護會議**，**共同擬定病人的「出院準備計畫」**，而且對「重要的診斷、檢查或手術進行討論」，在出院後醫院醫師也提供給基層醫師**追蹤建議**，甚至由醫院中專門的**個案管理師**定期追蹤。政

府補助的方式，是如果醫療團隊成功下轉，就給予每案 2000 元；如果再納入個案管理師，主導進行追蹤，每案再加碼，末期病人每月追蹤、一月給付 500 元、最多 3000 元；經常性住院病人每月 300 元，追蹤一年（因此是 3600 元）⁴⁴。這樣的計畫，既是推動連續性照護，同時也牽涉到前一節所討論的、以財務方式「導引大醫院減少輕症服務」，鼓勵大醫院在與基層合作下、將不需要由大醫院照顧的病人下轉，並且給予病人信心，仍繼續由大醫院與診所合作進行追蹤。

另一個計畫（「全民健康保險跨層級醫院合作計畫」），則是希望讓地區醫院、大醫院跟診所形成結盟關係。這結合了先前討論的「雙向轉診合作」，並且還特別注重**跨層級的醫療支援**。這個計畫下的醫院結盟，以一個地區醫院為中心，一方面要建立雙向轉診的機制，建立**病歷互通**等，並且讓合作的大醫院和區域醫院「保留一定名額予地區醫院轉診之病人」。而另一方面，跟前面比較不一樣的是，這個計畫同時鼓勵大醫院和基層診所的醫師都來地區醫院合作：**大醫院醫師來地區醫院開門診，診所的皮膚科、眼科、小兒科、耳鼻喉科醫師則支援急診**。政府獎勵的方式，是讓這個計畫下這樣支援的診次，每個診次（三小時）「加菜」申報 3500 點。政府這樣做的目的，既是要推動雙向轉診的順暢合作，並且讓大醫院的醫師「能更深入瞭解社區醫療需求」，有利於他們從社區收治病人、並且轉回社區基層做照顧（也就是這節所討論的「連續性照護」），但同時也是要「提升社區內醫療服務品質與內容，吸引民眾回歸社區就醫」，也就回應了本章第一節所討論的「擴大基層量能」⁴⁵。

國際比較：當茱莉去看家醫

看完台灣現在的狀況，以及國內目前關於基層本身可以怎麼設計、又可以如何跟醫院合作的政策和討論，現在讓我們跟著茱莉的例子，來看一下各國的設計長什麼樣子：茱莉如果在不同的國家，她遇到的基層醫師會長什麼樣子呢？

多位家醫和多種專業的整合

首先，當茱莉今天說「我要去找我的家醫」時，等著幫助她、回答她的問題的人，未必只是一位醫師，還有**其他種醫療專業**。在瑞典和英國，一個典型的家醫團隊，在家醫之外，還會有其他五種不同專業人員屬於同個團隊，如果茱莉在西班牙則會是六種，芬蘭甚至高達七種（這裡呈現的是中位數）。比如，在西班牙

⁴⁴ 整理改寫自衛福部〈106 年醫療垂直整合銜接照護試辦計畫〉則

⁴⁵ 整理改寫自衛福部健保署（2018）〈全民健康保險跨層級醫院合作計畫〉，這個計畫最早是從 2015 年開始。

牙各地的「初級照護中心」，最常包含在內的專業人員，除了**護理師**之外，還有**小兒科醫師**、**社工**（協助媒介照護、福利資源）、**物理治療師**（復健）、**牙醫**、**醫檢師**和實驗室人員（負責進行簡單的檢驗），在芬蘭的照護中心甚至還可能有**臨床心理師**；在部分國家（如英國），政府甚至鼓勵需要物理治療的人直接去找基層團隊中的物理治療師掛號，不需要其他前置安排。也就是說，茱莉如果是在這些國家，最熟悉她身體狀況的團隊內有很多種專業，而許多檢查、診療可以直接一天在那裏完成，甚至可能連復健都可以在那裏做、也直接進行追蹤⁴⁶。

事實上，茱莉如果身在澳洲⁴⁷，或者身在超過一半的歐洲國家，這種在基層多位醫生、多種專業聯合執業的現象都是主流。而即使身在另一半的國家，歐盟的報告也指出有越來越多整合家醫的嘗試：

比如，如果茱莉是丹麥人，她可能會記得幾年之前她的家醫團隊，其實大概就是一位醫師加一位護理師而已，但現在，典型的丹麥家醫團隊會至少有兩到四位全科醫師、加上兩到三位護理師；而雖然她的診所不太可能馬上轉型成多專業整合的診所，但有越來越多的家醫，會跟各種專科醫師和物理治療師「**同處執業**」，雖然不是一起開業，但也可以直接在同一個地方，接受「一站式照護」⁴⁸。

茱莉如果在義大利，這幾年也可能發現自己的醫師，開始更常跟隔壁社區的家醫開會，討論怎麼提升照顧品質，甚至共享病例，甚至，原先在隔壁幾個社區的家醫也加入了她的家醫團隊，跟自己原先的家醫輪班，並且共同討論她的狀況，醫師如果加入這些計畫，健保直接獎勵，每看診一人增加的給付從 2.58 歐元到 7 歐元不等，現在已經有超過 67%的家醫和 60%的兒科醫師加入各種團隊，而如果納入專科醫師、社工等其他專業可以再加碼，比如加聘護理師、每人給付可以多 4 歐，而在艾米利亞-羅馬涅大區（北義大利的一個大區，波隆納等城市的所在地），整合進其他專業者是每個病人多 1.3 歐元。在紐西蘭的情況也類似：現在每個家醫診所平均有 3.48 個家醫，而這些診所彼此之間又會在結成「初級照護組織」這樣的合作網絡，而如果初級照護組織可以提供整合照顧、對慢性病患者提供額外醫療服務（如復健）等，政府同樣按人頭加給，這也使得許多初級照護組織逐漸開始納入專科醫師（特別是牙科、骨科）、營養師、物理治療師等⁴⁹。

而如果茱莉是法國人：許多年輕家醫開始與其他家醫聯合執業，而雖然 75%的家醫診所都還是只以醫師為主、沒有納入其他專業，但法國政府現在鼓勵家醫

⁴⁶ 綜合整理自 Masseria et al. (2009) *Primary care in Europe* (London School of Economics' Policy brief for the EU Commission); OECD (2016) *Health at a Glance: Europe 2016*; House of Commons Health Committee, United Kingdom (2016) *Primary Care: fourth report of session 2015-16*. London: The Stationery Office; EU Commission (2017) *State of Health in the EU: Companion Report 2017*.

⁴⁷ Commonwealth Fund (2017) *International Profiles of Health Care Systems*

⁴⁸ 整理改寫自 Commonwealth Fund (2017) *International Profiles of Health Care Systems*

⁴⁹ 同前注。

科醫師去各地的「多科整合醫療中心」兼職支援，可以加薪或者加給，在那裏就會有跨專科和跨專業的合作。此外，茱莉也可能發現自己的家醫，開始跟其他家醫一起合作，把她和她的家人、鄰居，依照需要轉介給合作的慢性病照顧相關專業（包含復健和社福）、心理師、或者營養師，這也是因為法國各地的衛生主管機關，這幾年也都開始專款補助這些實驗性的家醫群：從 2010 年開始，茱莉的家醫所參與的家醫群，就跟該地的政府部門簽約，這個一年七百萬歐元的計畫，是依照實際上納入新計畫的人頭數，多給一大包錢，鼓勵家醫群合作，把焦點放在預防醫學上，擴增服務項目、跨院所整合，增加醫生與護理師合作等等⁵⁰。加拿大的情況也類似（雖然實際情況依省分而異）：現在已經有超過一半的家醫是聯合執業或跨專業執業，而在亞伯達、曼尼托巴、安大略等省分，政府都有專門鼓勵跨科跨專業團隊的計畫，一個團隊現在可能有七到十四個醫師⁵¹。

各國之所以開始鼓勵這些整合，一個重要的原因是許多研究當中指出聯合家醫群體的正面效果。歐盟的報告就直接指出這種跨科整合是「正確的方向」，引述各種實證研究，指出整合成團隊可以讓其他跨團隊合作更容易，也可以增加合作投資各種設備與科技，降低住院率、提高病患和從業人員滿意度，在法國研究也指出，從監測第二型糖尿病到注射疫苗，群體執業都更有效率⁵²。

一週七天、一天 24 小時的基層照顧？

其次，前面在討論台灣的案例的時候，就有提到基層的假日與夜間開診也是重要議題。這點在其他國家也是棘手的問題。但舉例來說，如果茱莉是荷蘭人，她通常會是全国一百多個家醫群其中之一的會員，群內的家醫和護理師等人都會輪班值夜，她所屬的家醫群會給茱莉一個 24 小時都有專人接聽的專線，接電話的可能是群內的家醫、或者是專門檢傷的護理師，他們在茱莉的情況明顯不嚴重的時候，會教她要怎麼照顧自己、遇到什麼狀況的時候要再次打電話過去，或者甚至直接去她家探訪她看狀況，如果情況更嚴重，她會告訴茱莉要去住家附近哪一家那個時候當班的診所，或者直接轉介到急診去，在某些地區，民眾原則上不能自己掛急診或者去夜間當班診所，必須先透過電話諮詢⁵³。茱莉如果在加拿大，她也會有 24 小時都有基層護理師輪班接聽的免費電話，而在一些省分如安大略，政府也以加給（加三成）鼓勵、甚至以新的撥款方式要求基層家醫輪班提供夜診和假日診，有 67% 的基層診所目前參與這樣的安排；而曼尼托巴省則是加開了由

⁵⁰ 綜合改寫自 Barroy et al. (2016) *Sustaining Universal Health Coverage in France: A Perpetual Challenge* (World Bank discussion paper); EU Commission (2017) *State of Health in the EU: Companion Report 2017*.

⁵¹ 整理改寫自 Commonwealth Fund (2017) *International Profiles of Health Care Systems*

⁵² 改寫自 OECD (2016) *Health at a Glance: Europe 2016*

⁵³ 同前注。

執業護理師開的「快速診所」，專門在夜間和假日服務，所以茱莉的問題如果是輕症（比如是濕疹、傷口發炎、腹瀉嘔吐、焦慮、哺乳問題等），她就不需要急診，可以直接去快速診所；而如果她不確定病情輕重，同樣可以先電話詢問⁵⁴。

「我的家醫」：家醫註冊制

此外，在一些國家，當茱莉說「我的家醫」的時候，除非她有特別去換，不然好幾年真的都會是同一個團隊。這裡涉及的制度，牽涉每一個人是否都需要向一個家醫「註冊」。有些國家會以這樣的方式要求民眾跟社區醫師建立連結，所有轉診等原則上也必須由所屬的家醫團隊建議，這樣的國家在歐盟 28 個會員國中有 11 國這麼做，另外 4 個國家是提供財務誘因；13 個國家完全沒有鼓勵註冊，也就是說茱莉在這些國家每次就診都可以自由選擇家醫，但也就未必能和家醫建立長期、固定的關係，這麼做主要的考量是病患的選擇自由，在澳洲、加拿大、日本也是如此⁵⁵。

陪著茱莉的個案管理師

茱莉的病情如果比較嚴重，需要轉診到大醫院，她如果在一些國家，還會發現自己的家醫團隊裡，有一個可以直接跟她連絡的人，幫助她轉院、準備出院等等。台灣社區醫療群制度所鼓勵的**個案管理師**，如果茱莉是比利時或斯洛維尼亞人，這幾年她也會接觸到類似的服務：**比利時**是從 2016 年開始，開始推動醫師或護理師專責擔任一個醫療團隊的個案管理；**斯洛維尼亞**的新模式，則是讓某些護理師專門在職培訓，讓他們在家醫團隊中負責連續性照護⁵⁶。

⁵⁴ 綜合改寫自 Commonwealth Fund (2016) *International Profiles of Health Care Systems*; Commonwealth Fund (2017) *International Profiles of Health Care Systems*; 以及曼尼托邦省介紹網頁，*QuickCare Clinics*，<https://www.gov.mb.ca/health/primarycare/access/quickcare.html>。

⁵⁵ 整理自 Commonwealth Fund (2017) *International Profiles of Health Care Systems*

⁵⁶ 改寫自 EU Commission (2017) *State of Health in the EU: Companion Report 2017*.

第四節 病人直接上醫院更貴了：利用部份負擔導引轉診

政策現況：部分負擔差價，和轉診單「優惠」

除了要求醫院和診所改變，還有另一組政策則是將壓力放在病患身上。你我都熟悉的，就是第二章開頭時所討論的：「利用調整部分負擔導引轉診」，**要讓未經轉診直奔大醫院更貴**，藉此鼓勵民眾先去看基層診所。

這點在急診和門診都適用，讓我們先來看現行的政策：

看西醫門診，需要付的錢是「門診部分負擔」和「藥品部分負擔」（如果藥品健保有給付的話），以及各院所自訂的掛號費。藥品部分負擔是依藥費價格折算，跟轉診無關，但在門診方面，就會依層級和是否轉診而有所不同。而在急診方面，為了減少輕症直奔急診，也可能因檢傷分級而有所不同。這些差距在近年來調整過兩次（2005 和 2017 年），最新的版本如下：

表附錄 5-4-1 門診與急診收費差異

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

（資料來源：衛福部健保署）

也就是說，不考慮掛號費，假設小明生病時到診所看病，需要繳的部分負擔是 50 元，但如果他**直奔醫院中心**，除了掛號可能要等比較久之外，就要付 420 元、足足多了 **370 元**，直奔**區域醫院**也要付 240 元、多付 **190 元**。

另一方面，轉診後才去地區醫院等於折價 30 元、與去診所的部分負擔額一樣，**經轉診去區域醫院折價 140 元**，轉診後經醫生認定必要才去**醫學中心**，則是折價 **250 元**。

這裡有沒有轉診的判斷，來自診所有沒有開立「轉診單」，也就是醫生判斷

必須到更高層級的院所接受診療。拿到轉診單後，要在三個月內去大醫院掛號才有辦法享受折扣，掛號後的「折扣期」則是一個月，最多可以享四次轉診「折扣」。

用實際案例說明：如果小明在 7 月 1 號因為身體不適到診所就醫，診所醫生認為需要到大醫院、當天開立轉診單，如果要使用轉診優惠，小明最晚要在 10 月 1 號前憑轉診掛號；而如果他是在 7 月 5 號憑轉診單去到大醫院掛號，在 8 月 5 號內看的前四次大醫院門診都有優惠。

至於急診，差別只在（普遍而言壅塞最嚴重的）醫學中心：如果檢傷發現嚴重程度是三級或更低，相較於同院有生命危險的緊急病人（一、二級）就要多付 100 元，也比改去區域醫院掛急診貴了 250 元，比改去地區醫院貴了 400 元。

這個政策看似單純，但除了「不想漲價」之外，其實也有不同人提出許多可能值得檢討的問題。有些人是從效率的考量，說差額不夠大，導引的效果不足；但也有不同人主張這樣漲價，會對一些群體造成一些不公平的後果；也有些人指出一些執行面可能面對的問題。

部分負擔政策問題討論

執行面：急診非緊急要加錢？

急診以檢傷等級「加價」，有人認為可能造成爭議、進而加重急診人員的負擔，而且也未必能因應急診內病情變化的狀況：

急診醫學會理事長、台大醫院急診部主任方震中贊成推動分級醫療，但檢傷分類是短時間內的判斷，患者病情可能有變數，例如萬一有民眾自認吃壞肚子掛急診，觀察一陣子才發現是心肌梗塞引起的上腹痛，若以檢傷分類決定部分負擔金額，反使第一線醫療人員承受極大壓力。

——〈解塞車之苦 大醫院急診 明年起漲價〉
（《聯合報》，2016 年 10 月 14 日）

醫療改革基金會副執行長朱顯光認為，一般民眾根本搞不清楚自己是輕症還是重症，屆時可能會誤判狀況，為省錢而延誤就醫；也可能因醫護人員判定輕症而加價，使病患有「因病小而被處罰」的感覺。屆時急診室的爭議一定不斷，新措施上路前還是應要多協調，細節訂得更清楚周延，避免引發更多糾紛。

——〈小病衝大醫院 漲價了〉
（《自由時報》，2017 年 2 月 19 日）

另一方面，也曾有人主張**夜間急診**不論傷勢不應加價，因為夜間並沒有診所可去。這原先也是政府的規劃，但是健保署並沒有採納，原因是因為「後來擔心有民眾刻意在急診等到凌晨零時才就醫，決定夜間急診『照漲』」。

☞ **錢怎麼算？：價差大小，以及定額制 vs 定率制的爭議**

至於轉診的差額大小，也就是說「價差有沒有大到大家願意改去基層院所」。一方面，會有人認為**部分負擔價差太小，沒有導引的作用**：

立委林靜儀（…）（按：主張）健保部分負擔確實有調整的必要性，目前未經轉診，直接至醫學中心、區域醫院就醫擬多收 60 或 100 元，費用實在太低，應該再往上調整。

——〈避免民眾逛醫院 立委：門診漲百元太低〉
（《聯合晚報》，2016 年 10 月 20 日）

消基會名譽董事長謝天仁說，到醫學中心看診多是經濟條件好民眾，漲六十、一百元不痛不癢，限制醫學中心看輕症患者才是能解決問題。

——〈明年起 大醫院看病 漲很大〉
（《聯合報》，2016 年 9 月 30 日）

對此，除了像這次直接調高價差之外，一直有人在討論的另一個做法，是把部分負擔由現在的「**定額制**」（像上面表格所列的那樣，所有去醫學中心的病人都是同個價錢）轉變為「**定率制**」（生病時診療實際花的錢越多，依比例繳的錢就更多），這樣一來，去到醫學中心看診、特別是未經轉診的狀況下也會**貴上更多**。但這也正是至今未採用定率制的原因，舉例來說：

（健保署醫務管理組組長）龐一鳴舉例，若以醫學中心試算，每人平均醫療費約 2200 元，如依法採定率收取部分負擔，民眾要自付 50%，約 1100 元，但若真採定率，**患者負擔太重**。

——〈漲健保門診部分負擔 下月送健保會討論〉
（《蘋果日報》，2016 年 9 月 22 日）

事實上，定率制不但不是一個新的想法，而且甚至是《全民健康保險法》訂定之初的設計，這也是為什麼上面醫管組組長會說「依法採定率」的原因，一直到现在，現行健保法第 43 條第 1 項裡對部分負擔收取的規定，仍然是用定率制：

「保險對象應自行負擔門診或急診費用之百分之二十，居家照護醫療費用之百分之五。但不經轉診，於地區醫院、區域醫院、醫學中心門診就醫者，應分別負擔其百分之三十、百分之四十及百分之五十。」

只不過，同條第三項又授權主管機關在「必要時」，可以斟酌「得依診所及

各級醫院前一年平均門診費用」以及「第一項所定比率」來「以定額方式收取」，而從這個政策上路以來至今，健保署一直都是以定額方式收取。

這個制度在 1990 年的設計階段，衛生署找來的專家所擬訂的方案也是定率制，這個全民健保規劃小組所建議的未經轉診負擔比率則是 25%、30%和 35%；衛生署將這個方案送到立法院後，也獲得不分黨派的立委全面支持；立法委員甚至還加碼提高費率，由國民黨籍的關中委員提案調高為現行的 30%、40%、50%：這是來自基層醫師遊說選區立委，還親自到場旁聽、跟委員「現場溝通」，他們這麼做背後的原因，則是因為基層醫師「企圖加重未經轉診越級就醫的負擔比來擴大病患市場」。但 1994 年通過的版本從 35%提高到 50%，卻使得本來「不擔心會因而大量流失病患」、因而不反對改制的醫學中心出面反對，在同年 8 月由當時的九大醫學中心發表聯合聲明反對，指出這會變成「半強迫轉診」，會導致醫學中心「貴族化」和營運困難；他們向負責執行的主管機關衛生署施壓，最後使得衛生署從第一年開始就是依第 43 條第 3 項採定額制，而且在計算前一年「平均費用」時還將較昂貴的慢性病、手術門診等排除在外，讓醫學中心的「定額」比實際上的平均更便宜（當時的健保局籌備處主任葉金川說，這是因為要求看感冒的跟看特殊檢查的負擔一樣價錢並不合理），這是現行制度的歷史緣由⁵⁷。

除了現制跟法定的定率之外，也有人主張可以改採定率制、但把比率降低，比如現任民進黨不分區立委、同時是醫師公會全聯會理事長的邱泰源委員：

對此邱泰源表示，《全民健康保險法》規定，未經轉診醫學中心部分負擔 50%、區域醫院 40%、地區醫院 30%，定率太高難落實，因此建議修法改成 35%、25%與 20%，若經轉診部分負擔應不會超過 15%，可望比定額制費用還低。邱泰源強調，目前尚未要改變部分負擔定額制，只是先修法，將定率降到合理的狀況，再來思考如何推行，他也允諾，急重症與住院患者絕不會增加負擔。

——〈連看病也漲？傳部分負擔改定率制 醫師公會澄清〉
（《蘋果日報》，2018 年 3 月 27 日）

但也有人質疑這樣反而會適得其反，反而懲罰大病、鼓勵小病大看：

醫改會副執行長朱顯光說，現行《健保法》規定定率定額化，若未經轉診到醫學中心看病，部分負擔 50%，這是用醫學中心平均門診費用計算，因此若是小感冒衝大醫院費用會偏高，複雜重症醫療費用本來就高，但部分負擔的金額會被平均值往下拉。然而未來若以每個人的醫療費用乘上定率計算，小病部分負擔反而會變低，對於抑制輕症衝大醫院並無效果；反之，重症患者本來醫療費用就高，乘上定率恐得繳更多，像是被懲罰（…）朱顯光強調，重症得多繳錢有違健保精神，使用者付費應是商業保險而非健保邏輯。

⁵⁷ 整理自林國明（2001）〈歷史、制度與政策：台灣醫療保險體系部分負擔與轉診方案的政策轉

——〈看病部分負擔若改定率制 醫改會：重症恐繳更多〉
（《蘋果日報》，2018 年 3 月 27 日）

具體而言，特別對於癌症病人更是如此，因此健保署目前的立場是，一方面延續定額制，但即使是要改採定率制、也要有**價格上限當「天花板」**：

業界指出，若改為定率制而沒有配套措施，則急重症病患的高醫療費用，將成為弱勢就醫者的龐大負擔，譬如，癌症醫療的費用動輒百萬元，若部分負擔 50%，一般民眾恐吃不消。

對此，（健保署副署長）蔡淑玲（…）強調，未來健保署將參酌保險對象就醫情形，考量弱勢民眾及重症病患之就醫權益，將**研訂部分負擔上限為配套**，這也是修法的關鍵。

——〈健保擬改制 部分負擔喊漲〉
（《經濟日報》，2018 月 1 月 13 號）

☞ **有比較划算嗎：加上掛號費，沒比較便宜？**

而另一方面，你我實際上在付錢時，不是只有付健保所訂定的部分負擔，還有各院所原則上自訂的掛號費。而**加上掛號費**之後，診所是否真的有便宜多少，**轉診要付兩次掛號費**又是否有比較優惠，也是許多人所懷疑的，這點尤其是在勞動法令（如一例一休）修正、許多診所漲價之後更為明顯：

勞基法新制一例一休造成部分診所調漲掛號費，偏偏碰上健保署預定三月推動未經轉診至醫學中心就醫、調漲門急診部分負擔新制，無異醫院不分大小都漲價（…）中華民國診所協會全聯會理事長曾梓展表示，台北市診所掛號費多數早已調整到一百五十元，但中南部目前仍有不少維持一百元、甚至五十元。一例一休讓診所人事成本提高至少一成，引爆診所漲聲，他的診所就因此漲二十元。

（健保署長）李伯璋則指，掛號費是市場機制，無法干預，至於假日開診減少，會再觀察，將與醫師公會討論配套措施。他更憂心，醫學中心門急診部分負擔預計三月調漲，但地區診所先調高掛號費或關診，勢必讓民眾還是會到醫學中心看病，分級醫療成效恐受衝擊。

——〈診所漲掛號費 民眾還是跑大醫院〉
（《自由時報》，2017 年 1 月 2 日）

但即使沒有漲價，如須轉診，掛號費仍然要付兩次，可能也會降低民眾先去基層診所看診的意願，對此，健保署長曾公開表示，「**經轉診後不再收取醫院掛號費，或減免醫院掛號費**，都是可討論的方向」⁵⁸，但目前尚未實施。

⁵⁸ 引自〈轉診掛號費被剝兩層皮？ 健保署長：考慮減免〉，《自由時報》，2016 年 10 月 21 日

☞ 不公平？：大方向

但除了效率之外，對於以調高部分負擔導引轉診，也有些人有基於公平性的質疑，一般性而言，就有論者認為：

實施全民健保部分負擔制度的國家，包括台灣在內，多少知道想用價格來影響醫療利用通常效果不大而且短暫，而這些國家維持部分負擔一般只是因為「部分負擔畢竟是健保財源中一筆不小的收入」。至於不區分民眾所得的部分負擔規定，會讓低所得者和常生病或重病者財務負擔較重的事實，往往受到忽視（…）無論如何不能以違反健保「公平就醫」核心價值的捷徑，來成就轉診制度與分級醫療的正確目標。

——〈部分負擔：追求正確目標的錯誤手段〉

紀駿輝（美國奧勒岡州立大學全球衛生中心主任）、

李卓倫（台中科技大學老人服務事業管理系副教授）

（《蘋果日報》，2016 年 10 月 12 日）

督保盟強調，健保開辦精神就是保障民眾擁有平等的健康權，不分階級、貧富等都不能影響民眾就醫的公平性，健保署擬推動門急診部分負擔雙漲，從民眾口袋多拿錢，帶頭阻礙就醫的可近性與公平性，完全漠視人民權益。

——〈部分負擔擬雙漲解大醫院壅塞 督保盟轟：錯很大〉

（《蘋果日報》，2016 年 10 月 24 日）

☞ 不公平？：慢性病，科別，城鄉差距

另外，也有人認為，這樣的政策會對需要長期監控回診、甚至可能會復發的病人不公平，雖然現在的制度已經讓具有重大傷病身分的慢性病人可以免除部分負擔，但這仍然會影響某些群體，比如癌症病人：

舉例來說，一位甲狀腺全切的甲狀腺癌病人，重大傷病身分只有 3 年，一旦期滿不易續卡，但是病人需要持續補充甲狀腺素，這麼一來他可能會面臨若要持續到原本就醫的醫院追蹤，就沒有轉診單，隨著未轉診部分負擔增加的狀況下，又沒有重大傷病身分，每次回診就要多支付 420 元。若要到診所就醫，病人會好奇哪些診所醫師可以開藥給他？哪裡的藥局領的到藥？又如一位淋巴癌的病人，定期抽血是基本的追蹤檢查，多少診所能夠滿足病人的需求？

——〈推動分級醫療，癌症病人心聲誰聽見？〉

林虹汝（台灣大學公共衛生碩士學位學程碩士生）

（《蘋果日報》，2016 年 12 月 30 日）

最後，這裡也可以考慮加上台灣的基層診所主要都是專科，而尤其在城鄉差

距下，有些地區根本沒有相關專科診所可看，要求病人轉診可能會有公平性的疑慮，舉例來說，2005 年第一次調漲未轉診部分負擔時，就有這樣的報導：

一名家住沙鹿罹患恐慌症的男子，由於沒有重大傷病卡，昨天就醫也得加重部分負擔一百五十元，他火大地質問「你告訴我，沙鹿地區那裡有精神科診所？你叫我去那裡轉診？」

——〈門診變貴 病患罵：坑人、搶錢〉
(《自由時報》，2005 年 7 月 16 日)

婦產科等也有類似的狀況：

台灣女人連線常務理事黃淑英認為，許多地區的基層醫療科別不全，例如全台 368 個鄉鎮有一半以上沒有產科，且診所與醫院設備有差異，還有一些開立藥物的條件，加上民眾難以分辨大病、小病，推動部分負擔制度，變成要付 2 次掛號費，甚至還有撲空、基層診所未提供所需服務的問題等。

——〈轉診免收醫院掛號費 健保署長：可討論〉
(《自由時報》，2016 年 10 月 20 日)

事實上，全台灣雖然有 776 間婦產科診所，但有 207 個鄉鎮市區是一間婦產科診所都沒有、另有 66 個鄉鎮只有一間或兩間；精神科診所狀況更慘，全台灣只有 280 間，有 270 個鄉鎮一間都沒有、57 個鄉鎮只有一間或兩間，而這兩個專科其實並非特例，下表中就呈現了鄉鎮內各種專科診所數的分配情形。

表附錄 5-4-2 鄉鎮內各種專科診所數的分配情形

鄉鎮間數	家醫科	內科	外科	兒科	婦產科	骨科	
0 間		64	136	193	170	207	226
1 間		65	52	63	45	49	62
2 間		68	37	26	25	17	22
3 間		33	21	20	14	20	18
4 間以上		136	120	64	112	73	38
	神經科	泌尿科	耳鼻喉科	眼科	皮膚科	精神科	
0 間		294	321	199	206	244	270
1 間		40	28	38	45	36	40
2 間		20	11	19	27	21	17
3 間		5	4	22	22	16	9
4 間以上		7	2	88	66	49	30

(資料來源：衛福部健保署；本團隊自行計算、整理製表)

「有錢也看不到」的強制轉診：新竹的例子

除了用金錢誘因引導轉診之外，在政策上還有另一種可行的做法，是讓病人**就算有錢、只要沒轉診就不能去大醫院看診**。這跟我們第六章要討論的、要減少大醫院收治的輕症病人不同，是直接讓病人不能直接未經轉診在大醫院掛號，亦即「**強制轉診**」。

這點目前在台灣「**就醫自由**」的政策設定下，並沒有實施；當年勞保曾經考慮過要全面轉診，將七大醫院直接列為勞保的「特約轉診醫院」，但後來迅速排除在考慮的選項之外。

但近期確有**局部實施**的計畫：在今（2018）年三月，立法院衛福環委員會無異議通過決議，**新竹地區**未來新設立的大醫院門診將採強制轉診（這裡實際上針對的是這兩年即將開始營運的中國醫藥大學竹北分院、以及台大醫院生醫園區分院），成為全國首個這樣做的地區。這也是民進黨不分區立委、醫師全聯會理事長邱泰源的提案，他在立法院指出這是基層醫師擔心大醫院如果可以收未經轉診的病人、會影響他們的營運。

不過，這樣的提案所受到的批評也與**城鄉差距**有關：在同一個醫學中心所在的區域內部，也有醫療資源不平等的問題，直接實施強制轉診對基層醫療稀少的社區並不公平；曾在竹東服務的台大麻醉科醫師王明鉅就批評：

新竹市每平方公里有 4 家以上的診所，全國第一。第二名是新北台北的大台北地區，2.8 家。第三名是基隆市 2.5 家。桃園市、台中市、台南市、高雄市，每平方公里也有 1 家診所。但是與緊臨新竹市的新竹縣呢？竹北次區域（包括竹北市、新豐、湖口、新埔）每平方公里的診所數也超過 1 家。但是我曾經服務過的竹東次區域（包括竹東、寶山、北埔、峨眉、芎林、橫山、關西、尖石、五峰 9 個鄉鎮）呢？每平方公里的只有 0.098 不到 0.1 家診所。也就是每 10 平方公里才有不到 1 家診所。（…）連一間內科診所都沒有的地方，又要怎麼實施強制轉診呢？（…）如果真的要實施全國首創的「強制轉診」的話，請不要柿子檢軟的吃。請立法委員們決議，從全國每平方公里超過 1 家以上診所的醫療區域次區域開始實施「強制轉診」制度。就從診所最多的新竹市與大台北地區先開始。別再來欺負大竹東地區的 20 萬鄉親了吧！

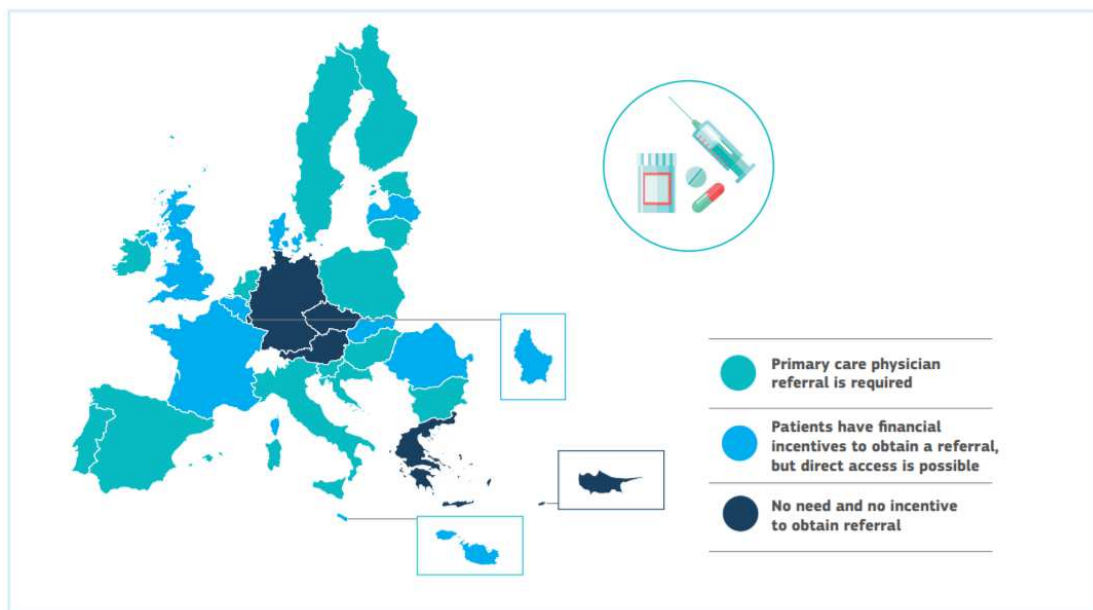
——王明鉅〈強制轉診實施後 一個新竹兩個世界〉
（《信傳媒》，2018 年 4 月 17 日）

📌 國際比較：如果茱莉關節不舒服，她可以直接去醫院嗎？

國際上，用財務誘因誘導轉診和直接強制轉診，兩種制度都有國家採取，但具體的做法和細節上有些不同；雖然這些不同之處，和各國健保和醫療體系的差異有關，但也可能有可以讓各位公民參考的地方。

讓我們先來看一下各國大致的狀況。首先看歐盟會員國，下面這張歐洲地圖中呈現了各會員國的狀況，綠色代表強制轉診，亦即該國的病患（在公共健保或公共醫療體系中）必須有初級照護（比如基層家醫）的轉診，才能去掛專科（特別是醫院）；藍色則代表病患可以自由前往大醫院就診、但有全國性的財務誘因誘導轉診；藍黑色則是既沒有強制轉診，也沒有全國一致性的財務誘因。從圖中可以發現，歐盟多數國家都有以全國性的政策鼓勵基層轉診，至於是像台灣一樣、以財務誘因當作手段，還是以強制方式進行，則大約各占一半，都很常見；德國、奧地利等少數國家則沒有全國性的強制或財務誘因政策。

圖附錄 5-4-1 歐盟的制度



（資料來源：歐盟執委會(2017) *State of Health in the EU: Companion Report 2017*: p.22）

以下將選一些國家(不限於歐盟)的例子做介紹，讓我們再度用茱莉當例子：如果今天茱莉的關節不舒服，在不同國家她的就醫之路可能長怎樣呢？

如果茱莉身在以下的國家—保加利亞、克羅埃西亞、愛沙尼亞、芬蘭、匈牙利、愛爾蘭、義大利、立陶宛、荷蘭、波蘭、葡萄牙、斯洛維尼亞、西班牙、挪

威一答案都非常簡單：除非是急診（或者是特定科別，比如波蘭的婦產科），茱莉都必須先去找自己的家醫，只有拿到**家醫的轉診信**，才能去專科診所或醫院找專科醫師（比如骨科），這也就是所謂的**強制轉診**⁵⁹。

如果茱莉是一個**英國人**，雖然她的國家在上面的地圖裡被畫成淺藍色，但其實這個財務誘因相當巨大：英國的公醫制度下，她的所有醫療服務，從基層家醫到醫院、以及中間的轉診，**基本上都是免費的**（牙醫除外，只有特定診療可能需要自費；如果茱莉在英格蘭，有領藥的話還需要繳交一個定額的藥物部分負擔、目前是 8.8 英鎊，不過如果她是低收入戶、孕婦、老人或兒童，這些費用也都全免）；但是，除非茱莉是掛急診，否則，如果她**要到這樣的公共醫院去，就必須有基層醫師的轉診信**（通常是轉到她所處地區基層醫療組織的合作醫院）。如果茱莉堅持要未經轉診就去醫院，那麼她就要自己去找**民間的私營醫療**；會做這個選擇的人可能自己已經有買私人保險（約有 11% 的人有買各種私人醫療保險不過許多私人醫療保險公司也要求保險人要先去家醫就醫），不過此時，**常見手術診療就動輒要上千英鎊起跳**，比如茱莉的骨頭問題，如果需要膝蓋或臀部的更換手術，就要八千英鎊以上⁶⁰。

如果茱莉是**澳洲人**，她所面對的醫療服務有三層：整合的家醫科，診所專科醫師，以及醫院。身為澳洲公民、持有健保卡，如果她最後須要到**任何公立醫院就醫將通通免費**，住院、診療、開藥都完全沒有部分負擔（除非她自願以私人保險身分就醫，換取醫師選擇權等）。但除非她是急診被送進醫院，不然她不能自己去醫院掛號（也就是說，在醫院是強制轉診），**必須先由一個專科醫師轉診**，等待指定的醫院收治。她可以自由選擇自己要去看的骨科醫師，而且理論上可以直接去找專科掛號，但是茱莉先去找家醫的金錢誘因很大：如果茱莉先去找自己的家醫看診，**在家醫這關通常完全不用花錢**（健保補助 100%，但醫生可以自己選擇開價超過健保補助，但全國就醫人次中有 83% 完全免費），如果她的家醫認為有需要看骨科，由家醫轉診到骨科，**專科健保補助 85%**（也就是說，部分負擔是定率制、15%，但醫生也有可能額外加收）。但如果她自己去找專科醫師（在我們的例子中是骨科）**健保就不補助，茱莉就要自付全部價格**。⁶¹

最後，如果茱莉是**丹麥人**，她會多一些選擇：茱莉如果要去大醫院看診，不論如何，一定要有自己的家醫或者外面專科醫師的轉診信；而大醫院的門診一樣免費，藥費部分負擔則是政府依藥價累進補貼、並且有自付額上限天花板，部分

⁵⁹ 整理自 OECD (2016) *Health at a Glance: Europe 2016*; Commonwealth Fund (2017) *International Profiles of Health Care Systems*

⁶⁰ 綜合改寫自 Commonwealth Fund (2017) *International Profiles of Health Care Systems* ; OECD (2016) *Health at a Glance: Europe 2016* ; NHS UK (2016) "NHS general practitioners (GPs) services" at <https://www.nhs.uk/NHSEngland/AboutNHSservices/doctors/Pages/gp-referrals.aspx>。值得注意的是，只有英格蘭的醫療事務是中央控制，蘇格蘭、威爾斯、北愛爾蘭都是各自政府控制，但上述的框架是共通的。

⁶¹ 整理、改寫自 Commonwealth Fund (2017) *International Profiles of Health Care Systems*。

慢性病可以全額補貼。但選擇在於：如果茱莉跟她 98%的同胞做了一樣的選擇，在健保中選擇「第一類健保」，她不但不能直接去大醫院掛門診、也不能直接去外面的骨科診所找專科醫師，都要經過她的家醫轉診，而且她也一定只會有一個自己選定的家醫，但這些限制換來的是一路上**門診全部免費**。不過，她的同胞中也有 2%選了「第二類健保」，就可以自由轉換家醫、也可以自己不經轉診去找私營的專科醫生，也就是說茱莉如果選了這類、就可以自己去掛外面的骨科，但就要自付部分負擔，總價則原則上是由她去找的私營骨科醫生自行訂定。

附錄六、座談會名單

座談會、諮詢座談會參加者名單與會議主題

會議性質	時間	出席者	會議內容
諮詢座談會	8/27	黃啟嘉常務理事 郭年真助理教授 滕西華秘書長 謝天仁董事長	實驗會議籌備
座談會	8/28	吳榮達律師 傅立葉副教授 傅凱若助理教授 雷文攻副教授 蔡麗娟副執行長	公民陪審團模式
座談會	8/29	吳榮達律師 林祐聖助理教授 雷文攻副教授 潘延健秘書長 蔡麗娟副執行長	審議式民調模式
座談會	8/30	王雅馨秘書長 柯怡謀理事長 張婉慈審議工作者 黃振國理事長 潘延健秘書長	願景工作坊模式
座談會	8/31	王雅馨秘書長 李純馥組長 林祐聖助理教授 柯怡謀理事長 謝天仁董事長	公民會議模式
諮詢座談會	11/20	蔡麗娟副執行長 吳榮達律師 郭年真助理教授 林治萱主任 楊哲銘教授	實驗會議檢討

附錄七、公民審議會議程

分級醫療公民審議會議預備會議議程

預備會議第一日 10 月 13 日

時間	議程項目	講師
9:40-10:00	報到	
10:00-10:10	開場、貴賓致詞	計畫主持人
10:10-11:00	什麼是公民審議會	國立臺灣大學社會系 林國明教授
11:00-11:10	休息	
11:10-12:30	相互認識、就醫經驗分享	會議主持人吳俐蓉 會議主持人陳奐羽
12:30-13:30	用餐	
13:30-15:00	分級醫療的現狀、問題與對策	衛生福利部中央健康保險署醫管組 劉林義專門委員
15:00-15:15	午茶時間	
15:15-16:45	分級醫療與民眾就醫行為	台北醫學大學醫務管理學系暨研究所 楊哲銘教授
16:45-17:00	休息	
17:00-18:30	綜合討論	會議主持人吳俐蓉 會議主持人陳奐羽

預備會議第二日 10 月 14 日

時間	議程項目	講師
8:40-9:00	報到	
9:00-10:00	綜合討論	會議主持人吳俐蓉 會議主持人陳奐羽
10:00-12:00	基層的服務量能如何滿足民眾	台北市醫師公會 洪德仁常務理事
12:00-13:00	用餐	
13:00-15:00	如何強化基層與醫院的合作以落實雙 向轉診	中華民國醫師公會全國聯合會 黃啟嘉常務理事
15:00-15:20	午茶時間	
15:20-17:00	綜合討論	會議主持人吳俐蓉 會議主持人陳奐羽

分級醫療公民審議會正式會議議程

正式會議第一日 10 月 27 日

時間	議程項目	講師
9:40-10:00	報到	
10:00-12:30	與專家對談(1)：我們需要怎麼樣的分級醫療？	台灣癌症基金會 蔡麗娟副執行長 嘉義陽明醫院 謝景祥院長 中華民國基層醫療協會 劉家正理事長
12:30-13:30	用餐	
13:30-15:30	與專家對談(2)：對於民眾，應該使用甚麼策略才能促進分級醫療的落實？	國立臺中科技大學老人服務事業管理系 李卓倫副教授 台灣在宅醫療學會教學研究中心 林治萱主任 台灣醫療改革基金會 朱顯光副執行長
15:30-15:45	午茶時間	
15:45-18:00	議題一綜合討論	會議主持人

正式會議第二日 10 月 28 日

時間	議程項目	講師
9:10-9:30	報到	
9:30-12:00	與專家對談(3)：對於醫療院所，應該使用甚麼策略才能促進分級醫療的落實？	衛生福利部中央健康保險署 蔡淑鈴副署長 台灣醫學中心協會 李偉強秘書長 中華民國醫師公會全國聯合會 黃振國常務理事
12:00-13:00	用餐	
13:00-15:00	議題二綜合討論	會議主持人
15:00-15:10	午茶時間	
15:10-17:40	形成結論：撰寫意見報告書	會議主持人
17:40-18:00	填寫意見調查表、領取出席費	會議主持人

附錄八、訪談大綱

醫界訪談大綱

- 一、衛福部在年度開始 6 個月前，必須擬訂全民健保每年度醫療給付費用總額，經諮詢健保會後，報行政院核定。健保會委員針對政策目標、調整因素、新增給付項目，所擬總額推估值的範圍等，提供諮詢意見函報衛福部。就您的瞭解，在衛福部擬定醫療給付費用總額範圍的過程中，健保會是否充分發揮提供諮詢意見的功能？實際運作狀況如何？在提供諮詢意見的階段，有哪些議題是特別值得關注或有爭議的？
- 二、健保會於協商次年度總額前，會召開「全民健康保險各部門總額執行成果發表暨評核會議」（稱「評核會議」），檢視各總額部門相關計畫的執行結果。就您的瞭解，「評核會議」的功能有沒有發揮？運作狀況如何？在「評核會議」的過程，有哪些議題是值得關注或有爭議的？
- 三、健保會對醫療給付費用費用總額的協定與分配，分為準備、溝通與協商三個階段。請問，在每個階段，有哪些議題是特別值得關注或（和）有爭議的？
- 四、請問，健保會在審議費率的過程中，有哪些議題是特別值得關注或（和）有爭議的？
- 五、整體來說，在醫療費用給付總額的擬定、協商、分配和執行，以及費率的審議的過程，有哪些議題是需要蒐集民意的？您認為用什麼方式來蒐集民意比較適當？

專家學者訪談大綱

一、健保財務與總額預算

1. 您認為健保現行醫療費用總額成長率（2017 年為 5.642%）是否充足？健保費率（2016 年一般保險費費率為 4.69%、補充保險費費率為 1.91%）是否充足？
2. 您是否支持現行健保體制中的「收支連動機制」，在當年年底安全準備餘額不足 1.5 個月保險給付支出時調漲保費、連續三年超過 3 個月時調降保費？（參健保會 2016 年年報 p.65）您認為收支連動對醫院營收的影響是正面還是負面？醫院有何因應此項政策的措施？
3. 您認為目前總額預算制度的運作對醫院的營運、醫師的診療行為和病患的照護有何重大影響？醫院通常會採取什麼因應措施？
4. 在總額的擬定與協商過程中，有醫界的代表參與。您認為這些協商代表是否能反映醫界的意見？
5. 總額預算之中，有專案部分。您認為這些專案是否都有必要？有沒有那些專案的執行是有爭議的？有沒有哪些醫療項目是應該列為專案卻沒有採行的？

二、分級醫療

1. 衛福部在 2017 年開始推動「分級醫療六大策略」。其中，分別有針對民眾（demand side）和醫師及醫院（supply side）的措施（如下表一）。您認為，整體而言，哪一類措施較有效？各自有哪些障礙？

表一、分級醫療六大策略

	民眾	醫師、醫院
強制		6 加強醫療財團法人管理
誘因	2 導引民眾轉診就醫習慣與調整部分負擔 5 提升民眾自我照護知能	1 提升基層醫療服務量能 3 調整醫院重症支付標準，導引醫院減少輕症服務 4 強化醫院與診所醫療合作服務，提供連續性照護

資料來源：

<https://www.nhi.gov.tw/Resource/webdata/%E5%85%AD%E5%A4%A7%E7%AD%96%E7%95%A51060310.pdf>，研究者自行分類製表

2. 全民健康保險法 43 條規定：「保險對象應自行負擔門診或急診費用之百分之二十，居家照護醫療費用之百分之五。但不經轉診，於地區醫院、區域醫院、醫學中心門診就醫者，應分別負擔其百分之三十、百分之四十及百分之五十。」然此採定率原則的條文迄未落實。您是否認同定率部分負擔能有效抑制醫療浪費？您是否認同不經轉診之差別定率部分負擔能促進分級轉診？此項政策是否可能影響病患權益？您認為此項政策對醫院營收的影響是正面還是負面？醫院是否有何因應此項政策的措施？
3. 健保署正在研議有關取消慢箋免部分負擔的政策，規劃慢箋藥費在 100 元以上者採定額定率部分負擔，雖然需自付 20%藥費，但仍訂出 200 元上限，預計每年約可收取 42.5 億藥費挹注健保。您是否認同此政策能有效抑制藥品浪費？此項政策是否可能影響病患權益？您認為此項政策對醫院營收的影響是正面還是負面？醫院是否有何因應此項政策的措施？
4. 健保醫院總額增訂「醫學中心與區域醫院之初級照護案件數超過 105 年 90% 部分不予分配」之協定事項，並另編預算優先以 60 億元調整重症項目醫療服務給付項目及支付標準。請問您認為此項政策是否能有效促進分級轉診？此項政策是否可能影響病患權益？您認為此項政策對醫院營收的影響是正面還是負面？醫院是否有何因應此項政策的措施？
5. 各部門總額預算中，有各項品質確保方案，明訂品質監控辦法。醫院以何種措施應對這些評核指標？如何要求醫事人員配合？如獲得指標獎勵，是否、及如何分配給醫事人員？

三、支付制度、核刪

1. 健保導入診斷關聯群 (DRGs) 支付制度後，對醫院有何衝擊？是否支持 DRGs 擴大實施？醫院以何種措施因應？對醫師的給薪及醫療行為是否有連動影響？
2. 您認為目前審查制度的運作有何問題？審查制度如何影響醫師的診療行為和病患的照護？
3. 一般說來，醫院對於審查制度的運作有何因應措施？醫院的因應措施是否影響醫師的診療行為？
4. 您是否支持健保核刪採公開審查名單方式進行？公開與匿名審查對醫院的影響有何差異？醫院的應對措施為何？對醫師的給薪及醫療行為是否有連動影響？

附錄九、公民小組意見報告 書

公民小組同意書

身為公民小組的一員，對於「利用科技工具，建構全方位之民眾參與模式與平台-以全民健保財務收支連動機制為例」分級醫療公民審議會議之結論報告表示認可，本報告的內容翔實無誤，確實地紀錄公民小組成員所達成的共識及少數意見，同時並未受到任何外在人士的影響。我也同意將本報告製作成冊，並在合法的前提下，作為未來制訂分級醫療相關政策和推廣會議相關事務之用。

林益徵 林益徵

葉春騰 葉春騰

王李秀貞 王李秀貞

薛春梅 薛春梅

王振泰 王振泰

李立聖 李立聖

劉安宇 劉安宇

許建豐 許建豐

周鼎昌 周鼎昌

鄭雅馨 鄭雅馨

洪于雅 洪于雅

劉家穎 劉家穎

林宜亭 林宜亭

陳春璉 陳春璉

林慧貞 林慧貞

鍾武男 鍾武男

黃奕瑄 黃奕瑄

民國 107 年 10 月 28 日

分級醫療公民審議會議

公民小組意見報告書

前言

21世紀的台灣社會，享有堪稱世界一流的醫療資源與服務，而充沛的醫療資源與健保制度的存在，更使得民眾就醫取得容易。我國現行醫療分級可區分為醫學中心、區域醫院、地區醫院、診所四大層級，透過不同層級之醫療院所的存在，可針對需求滿足民眾不一樣的就醫選擇。

然而我們從歷史數據可以得知，近十年來醫學中心、區域醫院的門診量逐年上升，反觀地區醫院與診所的門診量則逐年下滑，越來越多的民眾選擇前往大醫院就醫求診。其結果是龐大的門診量使得醫學中心、區域醫院原本所需提供之住診與急重症醫療之相關服務，在有限的人力資源下遭到排擠，讓相較於門診病患較有急迫醫療需求的重症患者，無法獲得醫學中心和區域醫院最完善的醫療服務與醫療照顧。而大醫院門診民眾的需求，如一般感冒、慢性處方箋等較輕微的醫療需求，基層之醫療院所亦可滿足其需求。因此，政府單位於是開始推行分級醫療政策，其目標是期望讓需要醫學中心與區域醫院照顧之急重症患者，可以獲得最完善的醫療服務；並讓在大醫院就醫之輕症患者，回歸基層醫療院所就醫。

本次公民審議會議針對分級醫療的主題進行四天的討論。公民小組的討論共可分為三大面向，包括1.民眾對於分級醫療的願景；2.促進民眾落實分級醫療的策略；以及3.促進醫療院所落實分級醫療的策略。會議中，成員們針對這三大面向的討論可說是環環相扣，從藍圖願景至具體實施建議，皆由公民審議小組獲得共識後共同決議。並且對上述三大分級醫療討論面向提出公民審議小組之意見。

簡言之，在民眾對於醫療分級的願景上，在經過豐富且縝密的討論後，公民小組集體做出共識。我們針對民眾、政府單位、醫療機構、制度、行政程序、社會等不同且多元的面向，我們提出充實民眾醫療相關知識、醫療諮詢管道、家醫制度、醫療資源重分配、醫療社區化、分級醫療宣導等具豐富內涵之願景，作為分級醫療未來大方向規劃建議。而在促進民眾落實醫療分級的策略上，公民小組更依據第一點的分級醫療願景，就民眾端如何促進落實分級醫療，提供政府與相關行政單位具體之建議方針。再者，在討論完民眾端的促進策略後，我們將討論議題轉向至醫療院所端，就醫療院所端如何促進落實分級醫療，提供醫療院所、政府與相關行政單位提出具體之建議方針。

分級醫療公民審議會，對於三大討論主題皆在具有高度共識之決議下，提出豐富且具體之審議結果。我們的建議內容詳述於公民小組之意見報告書當中，期望能對於未來相關單位促進分級醫療之過程有所助益，更期許相關單位能夠重視本次公民審議小組經過充分的會議討論後所獲得之共識與成果，在未來實施與推行分級醫療之相關措施時，能夠讓公民與社會各界之價值皆獲得討論與參與的機會，以保障社會與全體國民之相關權益。

分級醫療公民審議會 公民小組全體成員
2018/10/28 謹誌

議題一、分級醫療的願景

本公民小組觀察到，現今部分民眾就診時往往習慣自行前往大型醫院求診，而造成了大型醫療院壅塞的現狀。由於多數民眾可能難以自行判斷傷病之嚴重程度，因此，區域醫院與醫學中心不乏許多輕症患者叩門問診，此種現象除了與分級醫療的願景相違，更是進一步造成社會醫療資源不必要的浪費。為了加強醫療資源有效利用與分配，並期許分級醫療制度的完善與落實，本公民小組茲提出下列各項期待：

對於民眾而言，有些民眾因不知病情嚴重程度，導致不清楚該前往何種層級的醫院就醫。因此，我們希望每個人都能透過自主性學習來強化自我照護的能力，同時建立正確的就醫知識，俾使醫病資訊漸趨對稱。除此之外，我們希望透過教育與政令宣達，加強民眾對於就醫管道、分級醫療制度的了解，建立民眾小病能夠先到附近診所就診的習慣，並增加民眾就醫諮詢管道的多元性。

我們也相信「預防勝於治療」的保健觀念。公民小組希望呼籲民眾平時應注意自己的身體狀況，避免抱持諱疾忌醫的態度而延誤就醫，不僅能提前防止疾病發生或小病拖成大病的情形，更能有效節約後續所耗費的醫療資源。

對於醫療提供者來說，我們希望讓醫療體制社區化，強化基層診所與地方的連結。例如：公民小組也針對家庭醫師制度的具體落實進行諸多討論。由於許多民眾在看診時，不清楚自己要掛的科別，可能會有重複就診的情形發生，也會延誤就診。假若能夠有對應、信賴的家庭醫師，民眾即有充分管道能夠諮詢疾病所屬科別或獲得是否需要上轉的建議。藉此，我們相信便能達到「厝邊好醫師、社區好醫院」所代表之醫療社區化的理想，更得以讓醫療體系更加貼近一般大眾的日常生活。另外，我們亦希望能透過壯大基層醫療體系，提升基層醫療的品質與設備，增加民眾前往基層醫療體系就醫的意願，目標在於奠定健全分級醫療制度的基石。

再者，我們認為，當政府在推廣分級醫療政策時，則可以結合「效能政府」、「組織再造」等觀念，並簡化醫療機構與行政單位間的溝通過程，節省人力和時間成本，使資源得以有效運用。另外，由於現階段分級醫療政策的宣傳管道顯得過於單一，故公民小組期望政府能進行跨部會之溝通合作，長期投入軟硬體設施的整合。由於目前仍有許多民眾缺乏分級醫療的概念，也不清楚相關政策的實施，因而無從配合相關措施，我們希望政府未來在宣傳政策上，能結合媒體、網路等各種資源管道，讓民眾能更深入了解分級醫療政策制定的意義及其相關細節內容，以利整體政策之落實。

最後，我們希望透過分級醫療的制度，能夠有助於改變現在民眾就醫的習慣，讓民眾建立起對基層醫療體系的信任感；透過醫療社區化、在地化的設置，尋求專業意見，合理評估自己本身的病情，並選擇最適當的醫療體系。

議題二、分級醫療的策略與落實-民眾端本

公民小組認為，針對民眾，政府應實施以下配套措施以利分級醫療的政策宣傳，以建立民眾對於該制度的信任感。以下我們便區分為六個主要的方向加以說明：

一、提升民眾自我照護知能

本公民小組認為，因民眾對醫療行為的資訊有極大的不對等和不了解，例如不知道如何選擇醫療院所和醫療行為。因此為了增進聰明就醫及醫療自主權，政府宜整合醫療相關書籍、電子書、網站及app。另一方面，應從教育著手，以宣傳分級醫療的新觀念。將資料整合，編輯分級醫療專用的電子包，培訓分級醫療宣導/種子人員，藉以搭配地方政府既有的宣導計畫，來宣傳分級醫療概念。新北市現有的「失智守護」便是很好的例子。

另外，配合民眾使用習慣，將網站內容整合到臉書粉絲專頁等數位平台，並搭配醫師、護理人員等的諮詢服務建立即時的醫療機構諮詢團隊。若將醫師、護理師等多元醫事人員一同納入諮詢團隊，設立專線或其他多元管道諮詢，指示民眾可往哪個分級就醫，可使民眾能獲得的諮詢內容更加完整。例如可先設立統一公家窗口(專線)，提供民眾專業的就醫諮詢，再慢慢將此作法擴展到其他醫療院所，降低民眾就醫的時間、金錢成本。

在制度方面，則建議可增加實質誘因的方式，例如減免掛號費等措施，鼓勵民眾主動尋找信任的醫師成為家庭醫師。

二、以開放資訊促進雙向溝通

本公民小組考量到分級醫療的推動，其中一項關鍵在於培養民眾的信任感。故而我們認為政府應減低政策與民眾主觀感受的落差，因此相關資訊透明化或許是必要條件。例如，可藉由行政院公共數位創新空間(PDIS)的「公共政策參與平台」建立「獨立」的分級醫療專區，讓民眾可在平台上交流分級醫療的相關資訊。

另外，政府應盡可能創造友善就醫的環境，目前推行的app 和網站等所呈現的資訊過於專業，不利於一般民眾親近。我們建議可以採取增進資訊管道的親善度，例如藥品辨識掃描、語音導引、語言多元性及圖像化等簡易表達方

式。

三、「預防醫療」的制度與觀念建立

疾病常常在不知不覺中發生，因此現代的健康概念已逐漸地轉變為預防醫療，這方面落實健康檢查。在強化民眾自我照護的前提下，公民小組建議或許可藉由實質獎勵加強力道。例如參考「環保集點」的概念作為「全民健保快易通」的點數累積基礎，並在app 既有的個人健檢等自我照護外，統籌納入地方政府的健康促進計畫。

四、建立全天候全國統一的諮詢管道，以提供多元資訊內容。

為發揮初步篩選與分流功能，可建立包含電話與線上即時通等的全民醫療諮詢管道，讓民眾出門前就確知可行的簡易處置，並避免輾轉交通延誤就醫所造成的風險。

五、教育民眾正確的用藥觀念與選擇權

為降低重複用藥與交互作用等負面影響，我們認為可對民眾宣導醫藥分家的自主權，藉由回到社區藥局的機會，推動家庭醫師觀念，並有機會獲得客觀的用藥諮詢與建議。

六、鼓勵預立醫療自主計畫並降低諮商門診門檻

在即將上路的病人自主權利法中，提到必須有300 床以上的醫療院所才能提供臨終諮商門診服務，但我們認為應該取消此門檻，讓我們可以在基層的醫療院所，找尋平常信賴的醫師進行諮商。

議題三、分級醫療的策略與落實—醫療院所端

在這個議題上，本公民小組認為，針對醫療院所端，政府應實施以下四大策略以利分級醫療的政策推行，其目標在於使各層級之醫院獲得適當的資源分配，並促進各層級醫院之整合。

一、醫療社區化、家庭醫師制度化

首先，本公民小組知悉現行雖有家庭醫師的政策，但由於落實情形和強度不足，民眾選擇家庭醫師的自由度也不夠，因此希望可以就落實、強度與自由度這三個面向進行加強與改善。在這個部分我們區分為以下幾點予以說明：

1. 推動在宅醫療服務（似家庭醫師制度的延伸），並由醫師、護理師與社工師等組成多元團隊，透過在宅醫療模式來提供社區照護服務，以達到預防勝於治療的效果。

2. 進一步建立家庭醫生資料庫與證照制度，建立民眾信任基礎，考核同時需包含基本社區概念、功能及心理輔導等。
3. 取得家庭醫生資格後，開設家庭醫師的進修課程，以增加民眾信心與醫師的醫療品質。
4. 檢視家庭醫師制度施行狀況時，納入民眾滿意度做評估。
5. 家庭醫生診所採「論人計酬」的模式並確實落實。
6. 增加社區的照護站設置，例如長照中心、醫師至里民活動中心看診等，以落實醫療社區化。

二、 增加基層院所的經費與資源：

我們認為，基層醫療機構需要獲得足夠的資源，方能吸引民眾前往就診。因現行制度下，基層醫療機構獲得的點值不足，導致基層經費短缺無法完善軟硬體設備與人力成本等，因此希望透過點值重分配的方式，使基層獲得的資源更加充足，以利壯大基層。例如可另設基層醫療資金、資源挹注，並讓因分級醫療而調漲的民眾自付差額回流，或有條件的增加保費，並投注於基層診所與地區醫院資源。同時進一步減免民眾到診所就醫的部分負擔，提供誘因並提升醫療資源取得的便利性（例：一站式服務），以培養民眾前往基層就診的習慣。

三、 醫療機構間雙向轉診的垂直家庭醫師合作聯盟資訊：

根據統計數據，基層院所有高比例的淨轉出，而大型醫院是高比例的淨轉入，因此為了確實落實雙向轉診制，應加強醫療機構間的垂直合作。

我們認為政府應確實並加強落實健保法第42 條第一項的同病同酬政策，以增加醫療院所間雙向轉診的意願，並強化地區醫院功能，與地方的協力、派駐區域或醫學中心的醫師至地區醫院開診或駐診(用給予健保點數補助作為誘因)。同時加強上層醫院主動下轉，由醫生、醫院主動告知垂直整合聯盟的診所資訊等，協助民眾下轉時有所依歸。並且對於聯盟的成立有時程性和計畫，例：下一年度要有多少醫師加入聯盟；同時醫療院所要公開加入院所的資訊，除了電子查詢，同時要張貼公告於院所中。

對醫院中有老年醫學專科門診或慢性疾病整合門診的資訊，我們希望在醫師端和掛號等行政程序中，也能同時告知民眾，讓民眾有所選擇，以避免重複看診和拿藥的醫療浪費與不便；同時將這些資訊也下放到垂直整合聯盟中的

基層診所，有利民眾上轉，並增加民眾在基層看診的信心。

四、拉大不同醫療層級間轉診與未轉診自付額的價差

藉由此修改，讓民眾探討是否要回歸健保法第43條第一項的定率制，或維持現行的定額制；同時拉大價差也可提供民眾經濟誘因，使民眾更願意配合分級醫療制。若落實定率制，現行法規規定之比率應做調整，先以較低比率試行，使民眾改變就醫習慣，再以漸進方式調整比率，降低民眾反彈。若為定額制，則應考慮現行自付額的差額是否會造成民眾就醫行為上的反效果，因此認為拉大價差可提供更大的誘因，使民眾落實醫療分級。

附錄十、全民健保公民會議 前後測問卷

全民健保公民會議前測問卷

感謝您參加本次的全民健保公民共識會議，就全民健保的相關議題提供您寶貴的意見。為了進行更深入的研究，我們將針對與會者進行問卷調查，您的答案將只供學術研究之用，我們也會以匿名的方式加以處理，您的意見將有助於未來全民健保政策的擬定與未來公民參與的進一步推動，謝謝！

主辦單位：中央健康保險局 承辦單位：台灣大學社會學系

A1. 請問您從哪裡知道這次活動的消息？

- ☐ (1) 宣傳海報 ☐ (2) 親朋好友或師長的告知
☐ (3) 主辦單位到校招募 ☐ (4) 其他 _____

A2. 請問您這次參加本次公民共識會議的主要原因為何？(可複選兩項)

- ☐ (1) 對於全民健保議題的興趣 ☐ (2) 希望能影響政策
☐ (3) 盡公民義務 ☐ (4) 享受公民權利
☐ (5) 想賺點錢 ☐ (6) 因為議題跟本身權益有關係
☐ (7) 可以學到新東西
☐ (8) 其他 _____

A3. 請問您最近兩個星期是否曾經看過病？

- ☐ (1) 有(若答有，為_____次) ☐ (2) 無 ☐ (3) 其他 _____

A4. 請問在全民健保實施前，您參加下列哪種社會保險？

- ☐ (1) 公保 ☐ (2) 勞保 ☐ (3) 農保 ☐ (4) 軍保
☐ (5) 公教人員眷屬保險 ☐ (6) 退休公教人員保險
☐ (7) 退休公教人員配偶疾病保險 ☐ (8) 都沒有參加
☐ (9) 不知道 ☐ (10) 其他 _____

A5. 請問在過去七年您的家庭中有沒有人發生過重大傷病？

- ☐ (1) 沒有
☐ (2) 有 (請說明) _____

B1. 請問您目前我國對於全民健保保費費率是多少？

- ☐ (1) 2.25% ☐ (2) 3.25% ☐ (3) 4.55% ☐ (4) 6.25% ☐ (5) 不知道

B2. 請問您下列各項醫療行為中，哪種醫療行為是全民健保所給付的？

- ☐ (1) 流行性感冒 ☐ (2) 牙科診所的齒模製造
☐ (3) 配眼鏡 ☐ (4) 指定醫師
☐ (5) 不知道

B3. 我國健保制度之基本原則為？

- ☐ (1) 結合其他商業保險 ☐ (2) 法律規定全民強制納保
☐ (3) 保險費完全由民眾來出 ☐ (4) 以上皆是
☐ (5) 不知道

B4. 目前全民健保的保險對象分成幾大類？

- ☐ (1) 沒有分類
☐ (2) 三類
☐ (3) 四類
☐ (4) 五類
☐ (5) 六類
☐ (6) 不知道

B5. 請問您根據我國全民健保保費的計費方式，若被保險人所負擔的眷屬人數有五人時，除了他本人的保費之外，他應該根據他的薪資繳納幾個人的保費？

- ☐ (1) 以五個人乘以投保金額計算 ☐ (2) 以三個人乘以投保金額計算
☐ (3) 超出三人者可減少費用 5% ☐ (4) 超出三人者可減免所得稅
☐ (5) 不知道

C1. 請問您覺得全民健保需不需要進行改革？

- ☐ (1) 需要 ☐ (2) 不需要/維持現狀即可 ☐ (3) 不知道/無意見

(本題答 1 者請續答下一題，其他跳答 C3)

C2. 如果需要改革，您覺得哪些方面需要改？(可複選)

- ☐ (1) 減輕保費負擔 ☐ (2) 增加給付範圍
☐ (3) 改善健保行政 ☐ (4) 提昇健保醫療品質
☐ (5) 不知道/很難說
☐ (6) 其他 _____

C3. 一般而言，您對目前健保特約醫院診所的醫療服務感到滿意嗎？

- ☐ (1) 非常滿意 ☐ (2) 滿意 ☐ (3) 尚可 ☐ (4) 不滿意 ☐ (5) 非常不滿意
☐ (6) 無意見/不知道 _____

(本題答 4, 5 者請續答 C4，其他請跳答 C5)

C4. 請問您覺得最不滿意的主要原因是什麼？

(請依程度排序，最不滿意為 1，最多選三項)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> (1) 醫療技術不好 | <input type="checkbox"/> (2) 每次診療時間太短 |
| <input type="checkbox"/> (3) 服務態度不好 | <input type="checkbox"/> (4) 醫療院所超收費用 |
| <input type="checkbox"/> (5) 附近沒有醫療診所 | <input type="checkbox"/> (6) 等候時間太長 |
| <input type="checkbox"/> (7) 掛號費較貴 | <input type="checkbox"/> (8) 健保使用之藥品品質不佳 |
| <input type="checkbox"/> (9) 醫藥分業造成就醫不方便 | |
| <input type="checkbox"/> (10) 其他(請說明) _____ | |
| <input type="checkbox"/> (11) 很難說/不知道 | |

C5. 有人說「健康的人應該協助生病的人負擔醫療費用」，您是否同意？

- ☐ (1) 非常同意 ☐ (2) 同意 ☐ (3) 不同意也不反對
☐ (4) 反對 ☐ (5) 非常反對 ☐ (6) 無意見/不知道

C6. 有人說「有錢的人應該協助貧窮的人負擔醫療費用」，您是否同意？

- ☐ (1) 非常同意 ☐ (2) 同意 ☐ (3) 不同意也不反對
☐ (4) 反對 ☐ (5) 非常反對 ☐ (6) 無意見/不知道

C7. 請問您是否同意看病越多的人，看病時需付較多的部分負擔？

- ☐ (1) 非常同意 ☐ (2) 同意 ☐ (3) 不同意也不反對
☐ (4) 反對 ☐ (5) 非常反對 ☐ (6) 無意見/不知道

C8. 有人說「全民健保實施以後，不管是貧窮或有錢的人，都不必擔心生大病時造成沉重的經濟負擔」，這個說法您同意嗎？

- ☐ (1) 非常同意 ☐ (2) 同意 ☐ (3) 不同意也不反對
☐ (4) 反對 ☐ (5) 非常反對 ☐ (6) 無意見/不知道

C9. 您認為以目前所交的健保費，所得到的醫療保障是否值得？

- ☐ (1) 非常值得 ☐ (2) 值得 ☐ (3) 差不多 ☐ (4) 不值得 ☐ (5) 非常不值得
☐ (6) 不知道/很難說

C10. 整體而言，您對全民健保感到滿意嗎？

- ☐ (1) 非常滿意 ☐ (2) 滿意 ☐ (3) 尚可 ☐ (4) 不滿意 ☐ (5) 非常不滿意
☐ (6) 無意見/不知道

(本題答 4、5 者請續答下一題，其他續答 C12)

C11. 請問您覺得不滿意的主要原因是什麼？

(請依程度排序，最不滿意為 1，最多選三項)

- ☐ (1) 繳了健保費，看病還要部分負擔 ☐ (2) 健保費太高
☐ (3) 投保手續不方便 ☐ (4) 健保卡換發不方便
☐ (5) 醫院診所超收費用 ☐ (6) 給付範圍太少
☐ (7) 制度太複雜 ☐ (8) 制度變動態太頻繁
☐ (9) 保險費計算不合理 ☐ (10) 健保局人員服務態度不好
☐ (11) 有健保相關問題時找不到詢問途徑
☐ (12) 繳了勞(工、農)保保險費，還要繳健保費
☐ (13) 健保卡 E 卡以上或藥量較多需多付部分負擔
☐ (14) 其他 _____ ☐ (15) 很難說/不知道

C12. 目前全民健保的保險費收入不夠應付醫療費用，您認為應該如何解決？

- ☐ (1) 提高保險費 ☐ (2) 提高部分負擔
☐ (3) 由政府彌補不足費用 ☐ (4) 減少給付項目及內容
☐ (5) 只要不調高保險費，其他方法都可以
☐ (6) 無意見/不知道 ☐ (7) 其他 _____

D1. 請問您平時關於國家大事的主要資訊來源為何？

- ☐ (1) 電視媒體 ☐ (2) 報紙 ☐ (3) 雜誌 ☐ (4) 宣傳海報
☐ (5) 親朋好友或師長的告知 ☐ (6) 網路資訊 ☐ (7) 電子郵件
☐ (8) 廣播 ☐ (9) 其他 _____

D2. 請問您過去在地方性或全國性的選舉中經常投票嗎？

- ☐ (1) 從來不會 ☐ (2) 偶爾 ☐ (3) 經常 ☐ (4) 每次都參加 ☐ (5) 不知道

D3. 請問您平時會與他人討論國家大事嗎？

- ☐ (1) 從來不會 ☐ (2) 偶爾 ☐ (3) 經常 ☐ (4) 不知道

D4. 請問您是否曾經主動向民意代表或政府部門陳情或表達意見？

- ☐ (1) 從來沒有 ☐ (2) 一次 ☐ (3) 二到四次 ☐ (4) 五次以上

E1. 有人說「政府官員及民意代表很在乎一般人的想法」，您同意這種說法嗎？

- ☐ (1) 非常同意 ☐ (2) 同意 ☐ (3) 不同意也不反對
☐ (4) 反對 ☐ (5) 非常反對 ☐ (6) 無意見/不知道

- E2. 有人說「政治太複雜了，一般人無法了解」，您同意這種說法嗎？
☐ (1) 非常同意 ☐ (2) 同意 ☐ (3) 不同意也不反對
☐ (4) 反對 ☐ (5) 非常反對 ☐ (6) 無意見/不知道
- E3. 有人說「一般人對政府事務沒什麼影響力」，您同意這種說法嗎？
☐ (1) 非常同意 ☐ (2) 同意 ☐ (3) 不同意也不反對
☐ (4) 反對 ☐ (5) 非常反對 ☐ (6) 無意見/不知道
- E4. 您認為您的意見值得政府參考嗎？
☐ (1) 非常值得 ☐ (2) 值得 ☐ (3) 不值得 ☐ (4) 一點也不值得
☐ (5) 無意見 ☐ (6) 不了解
- E5. 有人說「即使別人不同意我的意見，我也應該勇敢的講出來」，您同意這種說法嗎？
☐ (1) 非常同意 ☐ (2) 同意 ☐ (3) 不同意也不反對
☐ (4) 反對 ☐ (5) 非常反對 ☐ (6) 無意見/不知道
- F1. 出生年月：19_____ 年 _____ 月
- F2. 最高學歷：
☐ (1) 小學(肄業)畢業或以下 ☐ (2) 國中或初中(肄業)畢業
☐ (3) 高中職(肄業)畢業 ☐ (4) 專科或大學(肄業)畢業
☐ (5) 研究所(肄業)以上 ☐ (6) 其他 _____
- F3. 請問您現在的主要職業是什麼？
☐ (1) 軍公教人員 ☐ (2) 民營公司員工 ☐ (3) 公司、商店或執業場所負責人
☐ (4) 領有專業證照的自由業(如醫師、會計師、建築師、律師等)
☐ (5) 參加職業工會的工人 ☐ (6) 農漁民 ☐ (7) 學生
☐ (8) 家庭主婦 ☐ (9) 無業 ☐ (10) 退休人員
☐ (11) 其他：_____
- F4. 您目前主要的這份工作(投保健保處)平均一個月收入大概多少？
☐ (1) 20,000 元以下 ☐ (2) 20,000~29,999 元 ☐ (3) 30,000~49,999 元
☐ (4) 50,000~69,999 元 ☐ (5) 70,000~99,999 元 ☐ (6) 100,000 元以上
☐ (7) 無工作收入 ☐ (8) 不知道

F5.家庭平均月收入：

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> (1) 20,000 元以下 | <input type="checkbox"/> (2) 20,000~49,999 元 |
| <input type="checkbox"/> (3) 50,000~79,999 元 | <input type="checkbox"/> (4) 80,000~99,999 元 |
| <input type="checkbox"/> (5) 100,000~149,999 元 | <input type="checkbox"/> (6) 150,000~199,999 元 |
| <input type="checkbox"/> (7) 200,000 以上 | <input type="checkbox"/> (8) 無工作收入 |
| <input type="checkbox"/> (9) 不知道 | |

F6 目前居住地：_____ 縣(市) _____ 鄉鎮(區)

F7. 性別：☐ (1) 男 ☐ (2) 女

全民健保公民會議後測問卷

感謝您參加本次的全民健保公民共識會議，就全民健保的相關議題提供您寶貴的意見。為了進行更深入的研究，我們將針對與會者進行問卷調查，您的答案將只供學術研究之用，我們也會以匿名的方式加以處理，您的意見將有助於未來全民健保政策的擬定與未來公民參與的進一步推動，謝謝！

主辦單位：台灣大學社會學系

A1. 請問您有閱讀我們在會議之前提供的閱讀資料嗎？

☐ (1) 有，全部都閱讀 ☐ (2) 有，部份閱讀 ☐ (3) 沒有閱讀

A2. 請問您認為本次會議所準備資料的難易度如何？

☐ (1) 完全看不懂 ☐ (2) 還好已看懂一些 ☐ (3) 部份已看懂
☐ (4) 已全部看懂 ☐ 不知道/無意見

A3. 請問本次會議所提供的相關閱讀資料是否對於議題的了解有幫助？

☐ (1) 一點也沒幫助 ☐ (2) 有點幫助 ☐ (3) 非常有幫助
☐ (4) 不知道/無意見

A4. 請問您認為本次會議相關資料是否客觀？

☐ (1) 過於偏頗 ☐ (2) 有點偏頗 ☐ (3) 還算客觀 ☐ (4) 非常客觀
☐ (5) 不知道/無意見

B1. 請問您認為專家演講內容的難易度如何？

☐ (1) 完全聽不懂 ☐ (2) 聽懂一些 ☐ (3) 大部份聽懂
☐ (4) 完全聽懂 ☐ (5) 無意見 ☐ (6) 不知道

B2. 請問專家演講所提供的內容對於議題的了解是否有幫助？

☐ (1) 一點也沒幫助 ☐ (2) 有點幫助 ☐ (3) 非常有幫助
☐ (4) 無意見 ☐ (5) 不知道

B3. 整體而言，邀請的學者專家演講是否客觀？

☐ (1) 過於偏頗 ☐ (2) 有點偏頗 ☐ (3) 還算客觀 ☐ (4) 非常客觀
☐ (5) 不知道/無意見

B4. 在詢問專家的階段中，請問您認為專家有無充分回答問題？

☐ (1) 不足夠 ☐ (2) 不太足夠 ☐ (3) 足夠 ☐ (4) 完全足夠
☐ (5) 不知道/無意見

B5. 請問您在小組討論中經常發言嗎？

- ☐ (1) 從未發言 ☐ (2) 偶爾發言 ☐ (3) 經常發言

B6. 請問您覺得在討論時，每個人是否有充分發言的機會？

- ☐ (1) 沒有，完全是少數人在發言
☐ (2) 還算可以，但是還是由幾個人主導
☐ (3) 有，大多數人幾乎都充分發言 ☐ (4) 有，所有的人都充分發言
☐ (5) 不知道/無意見

C1. 請問您目前我國全民健保保費費率是多少？

- ☐ (1) 2.25% ☐ (2) 3.25% ☐ (3) 4.55% ☐ (4) 6.25% ☐ (5) 不知道

C2. 請問您下列各項醫療行為中，哪種醫療行為是全民健保所給付的？

- ☐ (1) 流行性感冒 ☐ (2) 牙科診所的齒模製造
☐ (3) 配眼鏡 ☐ (4) 指定醫師
☐ (5) 不知道

C3. 我國健保制度之基本原則為？

- ☐ (1) 結合其他商業保險 ☐ (2) 法律規定全民強制納保
☐ (3) 保險費完全由民眾來出 ☐ (4) 以上皆是
☐ (5) 不知道

C4. 目前全民健保的保險對象分成幾大類？

- ☐ (1) 沒有分類
☐ (2) 三類
☐ (3) 四類
☐ (4) 五類
☐ (5) 六類
☐ (6) 不知道

C5. 請問您根據我國全民健保保費的計費方式，若被保險人所負擔的眷屬人數有五人時，除了他本人的保費之外，他應該根據他的薪資繳納幾個人的保費？

- ☐ (1) 以五個人乘以投保金額計算 ☐ (2) 以三個人乘以投保金額計算
☐ (3) 超出三人者可減少費用 5% ☐ (4) 超出三人者可減免所得稅
☐ (5) 不知道

- D1. 請問您覺得全民健保需不需要進行改革？
☐ (1) 需要 ☐ (2) 不需要/維持現狀即可 ☐ (3) 不知道/無意見
(本題答 1 者請續答下一題，其他跳答 E1)
- D2. 如果需要改革，您覺得哪些方面最需要改革？(可複選兩項)
☐ (1) 減輕保費負擔 ☐ (2) 增加給付範圍
☐ (3) 改善健保行政 ☐ (4) 提昇健保醫療品質
☐ (5) 不知道/很難說
☐ (6) 其他 _____ (請說明)
- E1. 有人說「我們的立法委員很在乎民眾的想法」，您同意這種說法嗎？
☐ (1) 非常同意 ☐ (2) 同意 ☐ (3) 普通
☐ (4) 不同意 ☐ (5) 非常不同意 ☐ (6) 不知道/無意見
- E2. 有人說「我們的行政官員很在乎民眾的想法」，您同意這種說法嗎？
☐ (1) 非常同意 ☐ (2) 同意 ☐ (3) 普通
☐ (4) 不同意 ☐ (5) 非常不同意 ☐ (6) 不知道/無意見
- E3. 有人說「一般人對政府事務沒什麼影響力」，您同意這種說法嗎？
☐ (1) 非常同意 ☐ (2) 同意 ☐ (3) 普通
☐ (4) 不同意 ☐ (5) 非常不同意 ☐ (6) 不知道/無意見
- E4. 有人說「政治太複雜了，一般人無法瞭解」，您同意這種說法嗎？
☐ (1) 非常同意 ☐ (2) 同意 ☐ (3) 普通
☐ (4) 不同意 ☐ (5) 非常不同意 ☐ (6) 不知道/無意見
- E5. 有人說「全民健保的問題太複雜了，應由專家來決定」，您同意這種說法嗎？
☐ (1) 非常同意 ☐ (2) 同意 ☐ (3) 普通
☐ (4) 不同意 ☐ (5) 非常不同意 ☐ (6) 不知道/無意見
- E6. 請問，您認為您的意見值得政府參考嗎？
☐ (1) 非常值得 ☐ (2) 值得 ☐ (3) 普通 ☐ (4) 不值得
☐ (5) 非常不值得 ☐ (6) 不知道/無意見
- E7. 請問，您認為您的意見值得政府在制定全民健保政策時參考嗎？
☐ (1) 非常值得 ☐ (2) 值得 ☐ (3) 普通 ☐ (4) 不值得
☐ (5) 非常不值得 ☐ (6) 不知道/無意見

E8. 有人說「即使別人不同意我的意見，我也應該勇敢的講出來」，您同意這種說法嗎？

- ☐ (1) 非常同意 ☐ (2) 同意 ☐ (3) 普通
☐ (4) 不同意 ☐ (5) 非常不同意 ☐ (6) 不知道/無意見

E9. 您夜晚獨自外出時，會不會擔心自己的安全？

- ☐ (1) 很擔心 ☐ (2) 擔心 ☐ (3) 普通 ☐ (4) 不太擔心
☐ (5) 完全不擔心

E10. 社會上大多數人都可以信任，您是不是同意這樣的說法？

- ☐ (1) 非常同意 ☐ (2) 同意 ☐ (3) 普通
☐ (4) 不同意 ☐ (5) 非常不同意 ☐ (6) 不知道/無意見

F1. 我們在會中對於某些議題有達成共識，請問您對於共識形成的看法為何？

- ☐ (1) 共識形成非常勉強 ☐ (2) 共識形成有點勉強
☐ (3) 共識形成還算順利 ☐ (4) 共識完全非常順利
☐ (5) 不知道/無意見

F2. 請問您認為結論報告的內容，反應公民小組意見的程度為何？

- ☐ (1) 報告只是一兩個人的意見 ☐ (2) 報告只是少數人的意見
☐ (3) 報告大致上反映多數人的意見
☐ (4) 報告完全反映大家的意見 ☐ (5) 不知道/無意見

G1. 請問公民小組會議有關全民健保的討論會對您了解全民健保議題最有幫助的部分在於(可複選兩項)

- ☐ (1) 會前資料 ☐ (2) 專家演講 ☐ (3) 與其他成員之間的討論
☐ (4) 與專家的詢問 ☐ (5) 都有幫助 ☐ (6) 完全沒有幫助
☐ (7) 不知道/無意見

G2. 請問公民小組會議有關全民健保的討論會對您個人全民健保議題主張影響最大的部分在於？(可複選兩項)

- ☐ (1) 會前資料 ☐ (2) 專家演講 ☐ (3) 與其他成員之間的討論
☐ (4) 與專家的詢問 ☐ (5) 都有幫助 ☐ (6) 完全沒有幫助
☐ (7) 不知道/無意見

G3. 請問您對於本次公民會議的整體評價為何？

- ☐ (1) 毫無價值 ☐ (2) 不太有價值
☐ (3) 還算有價值 ☐ (4) 非常有價值 ☐ (5) 不知道/無意見

G4. 如果下次再邀請您參加類似的活動，您參加意願為何？

- ☐ (1) 不願意參加 ☐ (2) 考慮參加 ☐ (3) 一定會參加
☐ (4) 不知道/無意見

G5. 請問對於本次公民會議所做出的結論，您認為其可行性為何？

- ☐ (1) 根本無法付諸執行 ☐ (2) 可行性不算高 ☐ (3) 大部分均可實行
☐ (4) 所有結論均可付諸執行 ☐ (5) 不知道/無意見

H1. 請問您在參加「全民健保公民共識會議」之前，對於全民健保議題的了解程度為何？

- ☐ (1) 完全不了解 ☐ (2) 只了解一小部份
☐ (3) 大部分均已了解 ☐ (4) 參加會議之前就已完全了解
☐ (5) 不知道/無意見

H2. 請問您在參加「全民健保公民共識會議」之後，對於全民健保議題的了解程度為何？

- ☐ (1) 參加會議後還是完全不了解 ☐ (2) 還是只了解一小部份
☐ (3) 大部分均已了解 ☐ (4) 參加會議後已完全了解
☐ (5) 不知道/無意見

H3. 請問您在參加「全民健保公民共識會議」之後，對於全民健保議題與之前的立場有何改變？

- ☐ (1) 參加會議後立場還是完全沒有改變，與未參加前相同
☐ (2) 參加會議後立場只改變了一小部份
☐ (3) 參加會議後大部分立場均已改變
☐ (4) 參加會議後立場已完全改變
☐ (5) 參加會議後更加堅定之前的立場
☐ (6) 不知道/無意見

H4. 請問參加「全民健保公民共識會議」的經驗，是否會提高您參與公共事務的興趣？

- ☐ (1) 完全沒有提高 ☐ (2) 只提高一些而已 ☐ (3) 大幅提昇
☐ (5) 不知道/無意見

H5. 整體而言，您覺得參加這次會議最大的收穫是(最多可選三項)：

☐ (1) 更加了解全民健保的相關議題

☐ (2) 了解其他人對於全民健保的看法

☐ (3) 提升參與公共事務討論的能力

☐ (4) 有機會影響公共政策的制定

☐ (5) 認識公民會議這種新的討論方式 ☐ (6) 其他 _____