

超高齡社會下高齡與身心障礙者 社區支持環境之建構——歐洲 溫泉醫師處方制度之借鏡

林喬濱

壹、緒論

臺灣已正式邁入超高齡社會。依內政部人口統計資料與國家發展委員會人口推估，我國65歲以上人口比例已突破20%，並持續上升（內政部戶政司，2025；國家發展委員會，2024）。隨著老年人口結構快速高齡化，慢性疾病、失能風險與長期照顧需求同步增加。在此人口轉型背景下，如何透過制度設計與社區資源整合，延緩失能、維持生活功能與促進健康老化，已成為公共政策的重要課題。

值得注意的是，高齡與障礙並非截然分立的群體。世界衛生組織指出，功能退化與慢性疾病在老年人口中高度集中，健康老化政策必須從功能維持角度出發（World Health Organization, 2015）。相關研究亦指出，居住環境與社區支持條件對於老年功能限制具有顯著影響（Glass & Balfour, 2003）。此種現象顯示，高齡

與身心障礙政策在實務上存在交疊空間，政策設計不宜僅以年齡或障礙分類思考，而應以功能維持為核心。

在超高齡社會架構下，我國長期照顧政策逐步朝向在地老化與社區整體照顧方向發展（行政院，2023；衛生福利部，2024）。然而，現行制度仍以失能後服務為主要重心，對於預防性健康促進與功能維持場域之整合仍有發展空間。

在此脈絡下，歐洲部分國家已將溫泉療養納入醫療與社會保險體系之中，使其成為慢性病與高齡人口之支持場域。此種制度設計與健康老化政策框架相呼應（Beard et al., 2016）。因此，歐洲溫泉醫師處方制度之經驗，值得作為臺灣制度思考之比較基礎。

臺灣擁有豐富溫泉資源，長期以來多以觀光休閒視角加以發展，然若從超高齡社會與身心障礙支持環境建構之角度重新審視，溫泉場域是否具有轉化為社區健康

支持資源之可能？現行制度架構下，是否存在整合醫療建議、社區照顧與健康促進之制度空間？歐洲醫師處方溫泉制度之經驗，能否為臺灣在超高齡社會中強化支持環境提供政策借鏡？

基於上述背景，本研究旨在探討：第一，超高齡社會下高齡與身心障礙者支持環境之政策意涵為何；第二，歐洲溫泉醫師處方制度之運作邏輯與制度特徵為何；第三，該制度對於臺灣社區支持環境建構具有何種借鏡價值。透過制度分析與政策比較，本研究期望提出強化社區健康支持環境之可行方向，作為超高齡社會照顧政策發展之參考。

貳、支持環境之制度分析架構

一、預防失能的政策轉向

隨著超高齡社會來臨，各國長期照顧政策逐漸從「事後照顧」轉向「預防失能」。傳統照顧模式多集中於失能發生後的服務供給，例如居家照護、機構安置或醫療治療。然而，人口高齡化所帶來的慢性病與功能退化，往往呈現漸進式變化，其影響並非瞬間發生，而是隨時間累積。因此，若政策僅在失能明確發生後才介入，將面臨醫療與照顧成本持續上升的壓力。

預防失能觀點強調，在功能下降初期即透過健康促進、復健支持與環境調整等

措施，延緩退化速度並維持生活能力。此一政策轉向意味著公共治理焦點不再侷限於服務輸送，而需思考如何在社區層級建構有利於功能維持之支持條件。高齡與身心障礙者在此脈絡下，不僅是照顧服務的接受者，更是支持環境建構的核心對象。因此，「支持環境」不再僅屬健康促進概念，而成為預防失能政策的重要制度工具。

二、支持環境之制度意涵

支持環境概念最早可追溯至健康促進理論中強調「建立支持性環境」之政策方向（World Health Organization, 1986）。在高齡政策領域，此概念進一步被轉化為功能維持與健康老化框架的一部分（World Health Organization, 2015）。

健康老化政策強調從疾病治療轉向功能維持與生活品質改善（Beard et al., 2016）。研究亦指出，社區環境條件與老年功能限制之間存在關聯（Glass & Balfour, 2003）。因此，支持環境之建構不僅屬公共衛生議題，亦涉及制度設計與財務安排。

從制度觀點而言，支持環境至少涉及三個層面：

第一，專業正當性。場域之使用是否經專業判斷與醫療建議，而非單純個人選擇。

第二，財務可近性。是否存在公共財

務支持機制，使經濟能力不足者亦能使用相關資源。

第三，規範與品質保障。是否透過法規與行政監督確保場域安全與專業標準。

若缺乏上述制度條件，即便場域具有潛在健康功能，亦難以被視為支持環境。換言之，支持環境乃制度賦權的結果，而非自然條件的必然產物。

在高齡與身心障礙政策領域，支持環境之建構尤為重要。由於慢性病與功能退化常需長期管理，若能在社區層級建立具制度保障之健康支持場域，將有助於延緩失能並減輕醫療體系負擔。

三、「醫療——保險——場域」三軸分析模型之建立

為分析溫泉資源如何轉化為支持環境，本文建構「醫療—保險—場域」三軸制度分析模型，作為比較不同國家制度安排之工具。

（一）醫療軸——專業入口機制

醫療軸關注場域是否透過醫師診斷與專業判斷納入健康管理流程。若使用行為須經醫療轉介或正式處方，則該場域具備專業正當性。反之，若完全屬個人自由選擇，則難以納入公共健康治理架構。

（二）保險軸——財務支持機制

保險軸檢視是否存在社會保險或公共

財務給付，使高齡與身心障礙者得以在制度支持下使用相關資源。財務連結是場域公共性的重要指標，亦反映政策是否承認其健康價值。

（三）場域軸——規範與認證制度

場域軸分析是否設有療養地認證、品質監督與無障礙標準等制度安排。若場域僅受一般營業管理規範，而無健康用途分類制度，則其支持環境屬性有限。

此三軸模型具有分析上的互補性。唯有醫療專業、財務支持與場域規範三者形成連結，溫泉等自然資源方能轉化為制度化支持環境。若其中任一軸缺失，制度整合程度即相對不足。

四、本文比較方法說明

基於上述分析架構，本文採制度比較與政策分析方法。首先，選取匈牙利、德國與法國作為歐洲案例，檢視其溫泉療養制度在醫療入口、保險給付與場域規範三方面之安排。其次，對照臺灣現行溫泉治理與健康政策架構，分析制度缺口所在。

本研究並非評估療效之醫學研究，而係從制度整合程度與政策定位角度，探討溫泉資源是否具備轉化為支持環境之條件。透過三軸模型，可清楚呈現歐洲制度之整合特徵與臺灣之差距，進而提出循序建構之政策建議。

參、歐洲溫泉醫師處方制度

在此將說明歐洲部分國家如何將溫泉療法（balneotherapy/thermal therapy）納入醫療與社會保險體系，使其不僅為休閒資源，更成為高齡與慢性病患者之支持環境。以匈牙利、德國與法國為例，分別就醫師開立機制、保險給付安排、主要使用族群與制度定位進行分析。

一、匈牙利——國家認可之溫泉療養體系

匈牙利長期被稱為「溫泉之國」，其地熱資源廣泛分布，全國多處城鎮設有具有醫療功能認證之溫泉設施。與一般觀光導向的溫泉發展模式不同，匈牙利自20世紀以來即逐步將溫泉療法（balneotherapy）納入國家醫療與復健體系，形成具制度基礎之療養模式。匈牙利將部分溫泉療法納入強制健康保險制度，相關規範可見於*Act LXXXIII of 1997 on the Services of Compulsory Health Insurance*（Hungary, 1997）。實務上，由國家健康保險基金管理機關（NEAK）負責療養給付與審核（National Health Insurance Fund Administration [NEAK], 2023）。

在制度架構上，匈牙利將溫泉療法定位為「醫療輔助性治療措施」，主要應用於慢性病管理與功能復健領域。醫療流程通常始於基層醫師或專科醫師診斷。當病

患出現退化性關節疾病、慢性脊椎疼痛、風濕病或部分神經系統功能障礙時，醫師可依臨床判斷建議其接受溫泉水療、泥療或相關復健療程。此種建議並非單純生活方式指導，而屬於正式醫療轉介之一環。

在保險制度方面，匈牙利國家健康保險（National Health Insurance Fund）對特定診斷項目提供療程補助。符合條件之病患可在醫師處方下申請部分給付，通常涵蓋一定次數之水療或泥療療程。療程設計多為數週期程，並結合物理治療、運動治療與專業監督。保險給付並非無條件開放，而須依診斷類型與醫療建議進行審核，藉此確保療養活動具有醫療合理性。

此種制度安排形成數項重要特徵。第一，醫師為制度入口（gatekeeper）。溫泉療養須經專業診斷後方可進入給付體系，避免資源濫用。第二，療養行為被納入慢性病管理架構，而非單純休閒消費。第三，國家透過保險補助降低經濟門檻，使高齡與慢性病患者得以在制度支持下使用資源。

從使用者結構觀察，高齡人口為主要族群。隨著人口老化，退化性關節炎、慢性腰痛與活動功能下降在老年族群中比例升高。溫泉療法在此背景下被視為延緩功能惡化與減緩疼痛之輔助方式。雖然其療效並非取代藥物或手術治療，但在長期症狀管理與生活品質改善方面具有補充性角色。因此，匈牙利模式並非將溫泉等同於

醫院，而是將其制度化為「支持性健康場域」。

在制度定位上，可將匈牙利模式理解為一種「醫療—自然資源整合型支持環境」。國家並未將溫泉單純視為觀光產業資產，而是透過醫療認證與保險制度，使自然資源成為慢性病管理工具。此一制度邏輯對超高齡社會具有啟示意義：當高齡人口慢性病比例提高時，若能在醫療專業監督下運用特定社區場域資源，將有助於減輕醫療系統負擔並延緩失能進程。

總體而言，匈牙利溫泉療養體系的關鍵不在於水療技術本身，而在於制度如何透過醫師處方與保險給付機制，將溫泉場域轉化為具有公共性與可近性的健康支持環境。此種制度化經驗，為探討超高齡社會中社區支持環境建構提供重要比較基礎。

二、德國——療養制度（Kur）與社會保險連結機制

德國發展出歷史悠久且制度化程度極高之療養制度（Kur）。與單純溫泉休閒不同，Kur係建立在社會保險體系與醫療專業判斷基礎之「整合型療養機制」，並由國家依法認證療養地（Kurort）。只有經官方評估通過之城鎮，方可取得療養地資格，並須具備醫療設施、專業人員與環境條件。德國療養制度（Kur）與法定健康保險制度相連結，其法律基礎可見於

Sozialgesetzbuch V（SGB V）（2023）。法定健康保險體系規範預防性療養與復健服務之給付條件（Bundesministerium für Gesundheit, 2023）。

德國療養制度的核心在於將溫泉、水療與復健活動納入健康維持與慢性病管理架構。醫療流程通常由家庭醫師或專科醫師進行診斷後，提出療養建議。病患須向其所屬之社會保險機構提出申請，經審核通過後，方可進入療養程序。此一機制顯示，療養並非個人自由選擇之休閒行為，而是具有醫療與保險審查正當性之制度安排。

在制度結構上，德國存在與療養相關之兩種重要制度概念：一為「Kur」，強調健康維持與慢性病調養；二為「Rehabilitation（Reha）」，強調疾病或手術後之復健功能恢復。雖然兩者有所區分，但在實務運作中常存在交集。對高齡人口而言，Kur具有預防性與維持性功能，而Reha則偏向功能重建。兩者皆可能在療養地進行，並結合水療、物理治療、運動訓練與生活習慣調整。

在保險給付方面，德國的法定健康保險（Gesetzliche Krankenversicherung）或退休保險體系可依個案條件提供部分或全額給付。申請通常須證明療養有助於維持工作能力、延緩功能惡化或避免進一步醫療支出。此一設計反映德國社會保險制度的預防導向思維，即透過早期介入降低未

來高額醫療或照顧成本。

使用族群方面，高齡人口與慢性病患者為主要對象。特別是退化性關節疾病、慢性背痛、心血管疾病與代謝性疾病患者，常透過療養制度獲得短期集中式健康支持。療養期間通常為數週，在專業團隊監督下進行規律水療、復健運動與健康教育。此種設計強調功能維持與生活方式調整，而非單次治療效果。

制度定位上，德國模式可被理解為一種「預防性社會保險支持機制」。其核心並非溫泉資源本身，而是透過醫師評估、保險審核與官方認證，使特定地域場域具備公共健康角色。療養地因此成為制度化之健康支持環境，而非市場主導之觀光空間。國家透過規範與給付，確保療養活動具有醫療合理性與公共政策正當性。

此外，德國制度亦強調療養地的整體環境品質。療養地須維持特定空氣品質、安靜環境與完善醫療設施，並定期接受評估。此一機制顯示，支持環境並非僅由單一設施構成，而是由制度規範所保障之整體空間品質。對高齡與身心障礙者而言，此種制度化環境有助於提升安全性與可近性。

總體而言，德國療養制度展現出三項制度特色：第一，醫師為進入機制之專業把關者；第二，社會保險提供制度化財務支持；第三，國家透過認證與規範確保療養地品質。此種「醫療—保險—場域」三

位一體之架構，使溫泉與療養資源被整合進公共健康治理體系，形成超越觀光功能之支持環境。對於面臨超高齡社會挑戰之國家而言，德國模式提供了一種將自然資源納入預防性健康政策之制度思考方向。

三、法國——醫師處方與國民健康保險給付機制

法國長期將溫泉療養（cures thermales）納入公共醫療制度架構，並透過國民健康保險體系（Assurance Maladie）提供制度化給付。相較於僅由醫師建議的輔助療法，法國模式具有更明確之法制規範與標準化療程設計，使溫泉療養在醫療體系中具備正式地位。法國溫泉療養制度之法律依據可見於*Code de la sécurité sociale*（2023），並由國民健康保險體系負責部分給付（Assurance Maladie, 2023）。相關制度設計由法國社會與衛生主管機關發布說明（Ministère des Solidarités et de la Santé, 2023）。

在醫療流程上，溫泉療養必須由醫師依診斷開立正式處方。醫師需確認患者符合特定疾病類型，並填具專用申請文件。病患憑處方申請國民健康保險部分給付，經審核後方可前往經政府認證之溫泉療養地接受治療。此一流程顯示，溫泉療養並非自由市場選項，而是納入醫療專業把關之制度程序。

在適應症方面，法國政府明確列出可

適用之疾病分類，主要包括風濕性疾病、呼吸道疾病、皮膚病、消化系統疾病及部分代謝疾病等。療程通常為期約三週，並依疾病類型設有標準化治療組合，例如水療、泥療、噴霧療法與復健運動等。每一療程皆由專業醫療人員監督，並有固定次數與時間安排。

在保險給付方面，國民健康保險通常負擔主要醫療費用的一定比例，病患則需自行負擔部分費用與住宿交通成本。雖非全額給付，但此種制度安排顯著降低了進入門檻，使中低收入之高齡與慢性病患者亦可在醫療建議下接受療養。此一設計強調公共性與可近性，避免溫泉療養淪為高收入者專屬之健康消費活動。

使用族群結構顯示，高齡人口在療養制度中占有相當比例。由於退化性關節疾病與慢性呼吸系統疾病在老年族群中盛行，溫泉療養被視為長期症狀管理與生活品質改善之支持方式。雖然法國醫療體系並未將溫泉療養視為替代性治療，但在慢性病照顧與健康維持策略中具有補充角色。

制度定位上，法國模式可被理解為「醫療規範化之健康促進機制」。其核心特徵在於標準化療程設計與國家保險給付，使溫泉療養具備明確醫療屬性與行政監督基礎。政府透過疾病分類、療程規範與認證制度，確保療養活動具有專業合理性，而非任意商業操作。

此外，法國制度亦強調療養地之認證機制。僅有經國家核可之溫泉中心方可提供可申請保險給付之療程，並須定期接受品質評估。此種規範使療養場域成為制度化之健康支持環境，而非純觀光設施。透過醫師處方、保險給付與場域認證三重機制，法國成功將自然資源轉化為公共健康政策工具。

整體而言，法國溫泉療養制度展現出高度制度化與標準化特徵。其制度邏輯並不在於強調溫泉本身之療效神話，而在於透過醫療專業與保險制度賦予其公共性與可近性。對於面臨超高齡社會挑戰之國家而言，此種制度安排提供了一種思考方向：若能透過專業把關與制度規範，使特定健康場域納入公共支持體系，將有助於延緩功能退化並減輕長期照顧壓力。

四、制度運作困境與調適策略

儘管匈牙利、德國與法國之溫泉療養制度已發展成熟，並被納入醫療與社會保險體系，然在實務運作中，仍面臨若干制度性挑戰。相關研究指出，預防性療養措施在公共保險體系中常涉及成本控管與給付範圍界定問題（Beard et al., 2016）。

首先，在財務負擔方面，各國均面臨保險支出控管壓力。以德國與法國為例，溫泉療養療程期間較長，若缺乏審核機制，可能增加公共支出。因此，各國普遍採取「醫師處方＋保險審核」雙重把

關制度，並限制療程次數與適用疾病類型（Bundesministerium für Gesundheit, 2023; Assurance Maladie, 2023）。此種制度設計顯示，財務壓力並未導致制度取消，而是透過精細化管理進行調整。

其次，在醫療效果認定方面，溫泉療養之療效相較於藥物或手術治療，較難以標準化評估。世界衛生組織指出，健康促進與功能維持措施常涉及多重因素影響，其效果不易以單一醫療指標衡量（World Health Organization, 2015）。因此，各國多將溫泉療養定位為輔助性療法，並強調其在慢性病管理與生活品質改善之功能。

第三，在制度使用公平性方面，仍存在地理與資源分布不均問題。研究顯示，健康服務資源的空間分布會影響高齡者之可近性（Glass & Balfour, 2003）。療養地多集中於特定區域，可能影響偏遠地區民眾之使用機會。對此，部分國家透過交通補助或區域性資源配置調整，逐步改善可近性問題。

最後，在產業與醫療之間的界線管理上，亦存在潛在張力。溫泉產業兼具觀光與健康功能，若過度市場化，可能削弱其醫療屬性。因此，各國透過場域認證制度與醫療監督機制，維持其健康支持場域之定位（Ministère des Solidarités et de la Santé, 2023）。

綜合而言，歐洲溫泉療養制度並非在無爭議狀態下運作，而是在財務控管、

醫療認定與資源分配等面向持續調整。其經驗顯示，制度可行性的關鍵不在於是否存在困難，而在於是否建立相應之調適機制。

五、三國制度比較與共同制度邏輯

綜合匈牙利、德國與法國之制度設計，可發現三國雖在歷史發展與保險架構上有所差異，但在制度邏輯上呈現若干共通特徵。此種共通性，正構成溫泉療養得以轉化為「支持環境」的關鍵基礎。

首先，三國皆以「醫師專業判斷」作為制度入口。無論是匈牙利之醫療轉介、德國之Kur申請流程，或法國之正式處方制度，溫泉療養均須經醫療專業評估後方可進入保險或補助機制。醫師在此扮演制度把關者（gatekeeper）角色，確保療養行為與病患健康需求具有醫療合理性。此一設計避免溫泉療養淪為無差別補助之休閒消費，同時強化其公共政策正當性。

其次，三國皆透過社會保險或國民健康保險提供部分給付。雖然給付比例與申請條件有所不同，但制度設計的核心意義在於降低經濟門檻，使慢性病與高齡患者得以在專業建議下使用療養資源。透過保險連結，自然資源不再只是市場商品，而被納入公共健康治理框架。此種財務支持機制，亦反映預防導向政策思維，即以較低成本之支持措施，減少未來高額醫療與照顧支出。

第三，三國制度均將溫泉療養定位於「慢性病管理與功能維持」領域，而非急性治療。主要適應症多為退化性關節疾病、慢性疼痛、呼吸道疾病或代謝相關疾病，這些疾病與高齡人口高度重疊。制度重點在於延緩功能退化、減少症狀惡化與提升生活品質，而非取代藥物或手術治療。此種定位使溫泉療養成為預防失能政策之一環。

第四，三國均設有場域認證或品質規範機制。德國療養地須經官方認證，法國溫泉中心須取得政府核可，匈牙利亦對療養設施進行制度管理。此種規範確保療養環境具備一定品質與專業標準，使場域本身成為制度化之支持空間。支持環境因此不僅是物理存在，而是受到法規與行政監督所保障之制度性空間。

從制度層面加以觀察，可將三國經驗歸納為一種「醫療—保險—場域整合模式」。其運作邏輯包括：醫師專業判斷確立療養正當性，保險給付機制提供財務支持，場域認證制度確保環境品質。三者交互作用，使溫泉資源從觀光資產轉化為公共健康支持工具。

此種制度邏輯對於超高齡社會具有重要啟示。當高齡與身心障礙人口增加，慢性病與功能退化問題成為長期照顧壓力來源時，若能透過專業把關與制度規範，將特定社區健康資源納入支持體系，即可在失能之前提供功能維持機制。歐洲經驗顯

示，關鍵並非溫泉本身之自然屬性，而是制度如何賦予其公共性與可近性。

因此，三國制度的共同邏輯在於：以醫療專業為核心，以保險制度為工具，以場域規範為保障，將自然健康資源轉化為制度化支持環境。此一分析框架，亦為後續探討臺灣在超高齡社會下如何思考溫泉資源制度定位提供比較基礎。

肆、臺灣溫泉資源與高齡支持環境之制度缺口分析

一、臺灣溫泉資源之現行制度定位

臺灣溫泉資源豐富，分布於北投、礁溪、關子嶺、知本等多處地區，長期以來多在觀光與地方產業發展框架下進行治理。依現行《溫泉法》及相關管理規範，溫泉之管理重點主要在於水權管理、水質安全、環境保護與觀光秩序維護，其主管機關亦多屬觀光或經濟體系。制度設計的核心目標在於資源永續與產業發展，而非公共健康支持功能。

溫泉資源之法律依據主要為《溫泉法》，中央主管機關為經濟部（經濟部水利署，2022）。現行法制架構著重資源管理與產業發展，尚未將溫泉納入醫療或健康保險體系。

在此制度定位下，溫泉場域被理解為休閒消費空間或觀光設施，其公共性主要體現在環境管理與安全監督層面，而非醫

療或健康支持層面。雖然部分溫泉業者可能強調「養生」、「舒緩疲勞」等功能，但此類宣傳多屬市場行為，缺乏制度化醫療認證與公共政策連結。因此，溫泉在臺灣目前尚未被納入社區健康支持體系之正式構成要素。

二、醫療——保險——場域三軸之制度缺口分析

為更清楚比較臺灣與歐洲三國之差異，本文以前章所歸納之「醫療入口、財務支持、場域規範」三軸作為分析架構，檢視臺灣制度缺口。

（一）醫療入口缺口——缺乏制度化醫師處方機制

在臺灣醫療體系中，醫師雖可基於專業判斷建議患者進行泡湯或溫熱療法，但此類建議並未形成正式處方制度，亦無標準化療程設計。健保給付項目中並未將溫泉療養列為特定治療選項，醫療與溫泉場域之間缺乏制度化連結。

相較於匈牙利、德國與法國皆以醫師專業判斷作為制度入口，臺灣缺乏「專業把關」與「行政審核」雙重機制，使溫泉使用完全屬於個人選擇。其結果是，溫泉活動未能被納入慢性病管理與預防失能政策框架，而停留於私人消費層次。對高齡與身心障礙者而言，缺乏醫療轉介意味著其使用溫泉資源並未獲得制度保障與專業

監督。

（二）財務支持缺口——未納入健保或長照體系

臺灣全民健康保險制度雖涵蓋廣泛醫療服務，但對於預防性健康促進場域之給付仍相對有限。溫泉療養並未列入給付項目，亦未與長期照顧服務體系形成制度連結。長照2.0政策重點在於失能者之居家、日照與機構服務，對於尚未失能但功能逐漸退化之高齡者，缺乏具體健康支持場域整合措施。

因此，高齡或身心障礙者若欲使用溫泉資源，須自行負擔全部費用。此種安排可能排除經濟能力較弱之族群，使健康資源分配呈現不均。相較於歐洲透過保險制度降低進入門檻，臺灣在財務支持面向顯示明顯制度差距。

（三）場域規範缺口——缺乏健康用途之認證制度

臺灣溫泉場域之認證與管理主要聚焦於水質安全與營業規範，並未建立「療養型溫泉」或「健康支持場域」之分類制度。現行法規亦未要求溫泉設施具備醫療專業人員或復健指導機制。無障礙設施雖在部分新設場館中有所改善，但並未形成針對高齡與身心障礙者之專門健康場域標準。

相較之下，德國療養地（Kurort）與

法國經認證溫泉中心均需符合特定醫療與環境品質標準，場域本身即具制度化健康支持功能。臺灣目前則尚未建立類似之分類與認證架構，使溫泉場域在制度上仍屬觀光設施，而非健康支持空間。

三、制度差距之政策意涵

綜合上述三軸分析可見，臺灣與歐洲模式之差距並不在於自然資源條件，而在於制度定位與整合程度。歐洲三國透過醫療專業、保險給付與場域規範，使溫泉成為公共健康治理之一環；臺灣則仍將其定位於產業與觀光治理架構。

然而，制度轉型並非意味完全移植歐洲模式。臺灣健保財務結構與醫療資源分配情況與歐洲不同，若全面納入給付體系，可能涉及成本與資源排擠問題。較為可行之方向，或可從試辦型政策著手，例如針對特定慢性病或高齡族群，透過地方政府與醫療院所合作，建立有限度之轉介與支持機制。

此外，長照政策已強調預防失能與延緩失能之重要性，若能在社區健康促進政策下，評估特定溫泉場域作為輔助性健康支持資源之可能性，或可逐步縮小制度缺口。關鍵在於建立專業評估與場域規範，而非單純擴大補助。

四、小結

以上從醫療入口、財務支持與場域規

範三軸分析臺灣制度現況，發現溫泉資源目前主要定位於觀光產業框架，缺乏醫療轉介機制、保險給付連結與健康場域認證制度。與歐洲模式相比，其制度缺口主要體現在公共性與制度化程度不足。

此種制度差距並非自然條件所致，而係政策定位差異所造成。若在超高齡社會脈絡下重新思考社區支持環境建構，溫泉資源是否可能在專業把關與制度規範下轉化為健康支持場域，值得進一步討論。此亦為政策建議之核心議題。

伍、政策建議與制度建構路徑

一、政策設計原則——循序整合而非制度移植

歐洲三國之溫泉療養制度顯示，關鍵不在於自然資源本身，而在於制度如何透過醫療專業與保險連結，將場域轉化為公共健康支持工具。然而，臺灣健保財務壓力與醫療資源分配結構與歐洲不同，若直接複製給付模式，恐造成財政負擔與資源排擠。

因此，本研究主張應採「循序整合」而非「全面移植」原則，從試辦機制與場域規範著手，逐步建立制度連結。

二、短期建議——建立醫療轉介與場域分類制度

（一）建立醫療建議指引而非立即給付制度

短期內可由衛生主管機關與復健醫學相關專業團體共同研議，制定「溫泉輔助療法建議指引」，明確界定：（1）適用慢性病類型；（2）不適用族群；（3）建議療程時間；（4）安全注意事項。

此一措施不涉及健保給付，但可建立專業判斷基礎，使溫泉使用從私人消費逐步轉向專業建議行為。

（二）推動「健康支持型溫泉場域」試辦認證

可由地方政府主導，選定少數溫泉區域試辦「高齡友善健康場域」認證制度。認證標準可包括：（1）無障礙設施完整性；（2）安全防滑設計；（3）基本健康指導人員配置；（4）緊急醫療通報機制。

此舉不涉及財務補助，但可建立場域分類制度，使部分溫泉場域具備健康支持定位。

三、中期建議——有限度財務支持與社區整合機制

（一）結合長照預防服務資源

長照政策已逐步重視預防失能與延緩退化。中期可考慮在社區健康促進試辦計

畫中，將符合認證之溫泉場域納入「社區健康活動選項」，例如：（1）與社區關懷據點合作；（2）由復健師或物理治療師定期指導；（3）對低收入高齡者提供部分交通或入場補助，此類支持屬小規模試辦，不宜全面納入健保給付，而應以地方政府與中央補助方案結合方式進行。

（二）建立跨部門協調平臺

目前溫泉管理屬觀光體系，健康政策屬衛生體系，長照屬社福體系。中期應建立跨部門協調機制，至少在政策試辦階段形成協作平臺，使健康場域認證與社區支持機制得以整合。

四、長期建議——制度化支持環境之可能方向

（一）評估特定疾病給付可行性

若試辦成效顯示對慢性病管理具有正面影響，長期可由健保單位評估在特定診斷條件下，提供有限次數之輔助療養補助。然而，此類政策須以成本效益評估為前提，並建立嚴格醫師把關機制。

（二）建立療養型場域法制分類

可考慮在《溫泉法》或相關子法中增設「療養型溫泉場域」分類，明確區分觀光設施與健康支持場域。療養型場域應符合更高安全與專業標準，並接受定期評估。

(三) 納入高齡友善城市政策框架

長期而言，溫泉健康場域可納入高齡友善城市政策規劃，使其成為城市健康基礎設施之一，而非單一產業項目。此種制度定位轉變，將有助於形成支持環境整體概念。

五、制度轉型風險與審慎原則

在推動制度轉型過程中，須注意三項風險。

第一，避免過度醫療化。溫泉療養應定位為輔助性健康支持，而非取代正規醫療。

第二，避免財政過度擴張。任何給付措施均須以成本控制與效益評估為基礎。

第三，避免資源不均。制度設計應確保弱勢高齡與身心障礙者可近性，而非僅促進特定產業利益。

唯有在專業把關與制度規範下推動，方能確保公共性與公平性。

六、結語

本文在這裡提出短期、中期與長期三層次制度建構路徑，主張以醫療專業指引為起點，逐步建立場域認證與有限度財務支持機制。相較於全面移植歐洲保險給付模式，臺灣更適合採取循序試辦策略，在不增加重大財政負擔前提下，探索溫泉資源作為社區支持環境之可能性。

在超高齡社會背景下，支持環境之建構需跨越醫療、社福與產業治理界線。若能在專業把關與制度規範下整合特定健康場域，將有助於延緩失能、提升生活品質並減輕長期照顧壓力。此種制度思考，正是本研究所提出之核心政策意涵。

（本文作者為中國文化大學國家發展與中國大陸研究所博士生）

關鍵詞：超高齡社會、支持環境、溫泉療養制度

參考文獻

- 內政部戶政司（2025）。《人口統計資料》。<https://www.ris.gov.tw>
- 行政院（2023）。〈《長照2.0》政策說明〉。<https://www.ey.gov.tw>
- 國家發展委員會（2024）。《中華民國人口推估（2024年至2070年）》。<https://www.ndc.gov.tw>
- 經濟部水利署（2022）。《溫泉法》。全國法規資料庫。<https://law.moj.gov.tw>
- 衛生福利部（2024）。《社區整體照顧服務體系（ABC模式）》。<https://1966.gov.tw>
- Assurance Maladie. (2023). *Cure thermique : formalités et prise en charge*. <https://www.ameli.fr>

- Beard, J. R., Officer, A., de Carvalho, I. A., Sadana, R., Pot, A. M., Michel, J. P., Lloyd-Sherlock, P., Epping-Jordan, J. E., Peeters, G. M. E. E., Mahanani, W. R., Thiagarajan, J. A., & Chatterji, S. (2016). The World report on ageing and health: A policy framework for healthy ageing. *The Lancet*, 387(10033), 2145-2154. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00516-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00516-4)
- Bundesministerium für Gesundheit. (2023). *Statutory health insurance (SGB V)*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de>
- Glass, T. A., & Balfour, J. L. (2003). Neighborhoods, aging, and functional limitations. *American Journal of Public Health*, 93(11), 1831-1837. <https://doi.org/10.2105/AJPH.93.11.1831>
- Hungary. (1997). *Act LXXXIII of 1997 on the services of compulsory health insurance*.
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2023). *Les cures thermales en France*. <https://solidarites-sante.gouv.fr>
- National Health Insurance Fund Administration. (2023). *Gyógyfürdő ellátás*. <https://www.neak.gov.hu>
- Sozialgesetzbuch V. (2023). *Social Code Book V - Statutory health insurance*.
- World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*.
- World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*.