

[文章编号] 1009-3729(2015)01-0077-05

韩国医疗保障发展中的 社会历史文化因素探析

刘春平

(郑州轻工业学院 外国语学院, 河南 郑州 450002)

[摘要] 韩国医疗保障的发展大致经历了非政府主导下的民间分散医疗救助、国家主导下的分阶段建立医疗保险和社会环境大变化下医疗保障制度整合三个阶段,这期间都不同程度地受到韩国民族强烈的民族主体性、事大主义倾向、儒教文化、家族主义、政治社会意识等社会历史文化因素的影响。这些因素既促进了韩国医疗保障制度的迅速发展,也造成了许多历史遗留问题和现实困境:民族主体性为医疗保障的发展提供了群众基础,民众的诉求推动了医疗保障政策的发展;受事大主义倾向的影响,韩国多借鉴国外的医疗保险制度,并注意与本国实际相结合;儒教文化使得韩国在发展医疗保障制度时采取了差等适用政策;家族主义使得医疗保险主体为在在职的男性工作者,同时将医疗负担寄托于家族或家庭,割裂了社会连带性责任,造成韩国医疗保险脱保和不纳保现象的发生;政治社会意识推动医疗保障政策实施的主体实现了由政府到民间的转换,造成了多元诉求下医疗保障政策的多变性。我国在发展医疗保障的过程中应注意汲取韩国等国家的经验教训,少走弯路,借助文化因素推行相关政策。

[关键词] 医疗保障;事大主义;家族主义;连带责任

[中图分类号] G122;F842.6 **[文献标志码]** A **[DOI]** 10.3969/j.issn.1009-3729.2015.01.016

医疗保障作为社会保障的一个重要内容,其核心在于通过社会共助原则解决个人力量无法解决的医疗问题,其在增进公民健康、推动国家经济社会健康发展方面起着重要作用。医疗保障作为社会保障的一种制度安排,其建立和发展受到经济发展水平、社会文明程度和政治制度安排等多方面因素的制约。目前,学界对医疗保障发展的研究大多将视角集中在经济发展水平和政治制度安排等方面,以文化视角分析医疗保障发展的成果相对不足。从历史发展的进程来看,韩国作为我国近邻,相对完整地保存了自己独特的文化传统,其文化具有相对封闭性、完整性和历史连贯性,分析韩国民族文化在医疗保

障乃至社会保障过程中的影响,能够为我国的医疗改革提供一些借鉴。基于此,本文拟在简要分析韩国医疗保障发展历程的基础上,结合韩国文化特点,着重分析韩国文化对于医疗保障发展的影响。

一、韩国医疗保障制度发展历程

韩国医疗保障制度的发展历程与其经济发展紧密相连,大致可分为非政府主导下的民间分散医疗救助、国家主导下的分阶段建立医疗保险阶段和社会环境大变化下的医疗保障制度整合三大阶段,分别对应其经济发展阶段的恢复期、高速发展期和稳定调整期。任何一项社会政策的实施,都离不开经

[收稿日期] 2014-09-28

[基金项目] 2013年度郑州轻工业学院博士基金项目;2012年度郑州轻工业学院博士基金项目;国家社会科学基金项目(12CGL105);河南省教育厅人文社会科学研究项目(2014-gh-125)

[作者简介] 刘春平(1980—),女,山东省聊城市人,郑州轻工业学院讲师,博士,主要研究方向:韩国语言史、韩国社会经济与文化。

济上的支持,并受政治制度、文化传统等因素的影响。

1. 非政府主导下的民间分散医疗救助阶段

韩国政府在1948年建立之初就通过宪法规定保障公民的基本生存权和劳动者的劳动三权(团结权、团体交涉权和团体行动权),韩国宪法第19条规定“政府依法保障因老龄、疾病以及其他没有劳动能力的人的基本生活”,但宪法规定的该项基本权利由于战争和经济因素并没有得到真正实施,有关医疗保障政策只是出现在学术层面,如大学教科书等,这种状况一直持续到到1950年代前半期。1960年代前后韩国才出现有关医疗保障理论方面的探讨。1959年秋,每周四由韩国保健社会部议政局主持召开的有关引进健康保险制度的研究会,被视为政府层面就医疗保障进行政策性咨询的开端。由于当时韩国刚刚经历战后恢复的困难阶段,受经济力量不足的制约,韩国政府不仅无法满足大多数公民的医疗需求,而且也没有能力提出解决公民医疗问题的政策性构想,这种情况一直持续到1963年医疗保险法的颁布实施。韩国医疗保障的对象大多局限于特殊人群,如对战争难民、流浪者、灾民等的医疗救助,以及一部分医科大学学生举行的农村医疗服务上。

2. 国家主导下的分阶段建立医疗保险阶段

韩国医疗保险制度始于1963年,经历了自愿保险和强制保险两个阶段。在自愿保险阶段,由于缺乏加入保险制度的强制性,该阶段基本处于发展的空白期。自1977年开始,雇佣500人以上的企业强制性加入医疗保险,医疗保险正式实施,其后强制加入的范围逐渐扩大到300人、100人、16人、5人,以及全体公务员和公民(见表1^[1])。由此可见,韩国

医疗保险制度的建立经历了由局部人群逐渐扩大到全体公民、由分散的多头管理走向保险对象集中管理的发展之路,到1989年全体公民都享受到了医疗保险的给付待遇。1963年医疗保险法颁布后的12年里,韩国分阶段快速地完成医疗保险全民覆盖的目标。

该阶段的医疗保险发展呈现出强烈的国家主导色彩,医疗保险制度的整体发展规划由政府统一制定,并由国家行政力量来强制推行,排除了由于适用对象的不同步造成的各种干扰。但这一阶段在保证医疗保险制度顺利实施的同时留下了许多历史问题,如自由职业者的医疗保险待遇问题,过度保障大企业职员、公务员、公办学校教职员工的利益等。

3. 社会环境大变化下的医疗保障制度整合阶段

进入1990年代之后,韩国经济进入调整阶段,发展进入低速平稳阶段,同时社会环境发生极大变化,社会民主运动蓬勃发展,劳动者的维权意识增强,呼吁公平均等医疗保障待遇的社会运动不断涌现。在这种社会压力之下,1997年12月韩国制定颁布了国民医疗保险法,并以此法为基础,于1998年10月组建国民医疗保险管理公团,对既有的227个劳动组合保险和公务员、教职工团体医疗保险公团进行统一管理,实施统一的医疗保险制度。2000年1月1日,以1999年2月制定颁布的国民健康保险法为本,对公民健康保险管理运营体系实施了一体化管理。从2000年7月起,所有医疗保险组合的管理、运营都纳入到国民健康保险管理公团,实现了医疗保险组合的再次整合。在管理和运营整合统一的基础之上,依据2002年1月出台的国民健康保险财政健全化特别法,韩国于2003年7月对健康保险

表1 韩国医疗保险适用对象的变化过程

| 对象类型 | 自愿保险阶段 1963—1976年 | 强制保险阶段 | | | | | | |
|-----------------|----------------------|-------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | | 1977年 | 1979年 | 1981年 | 1983年 | 1987年 | 1988年 | 1989年 |
| | | 500人以上 | | | | | | |
| 企业劳动者 (雇佣人群) | 部分企业适 用自愿保险 | · 300人以上 | | | | | | |
| | | · 100人以上 | | | | | | |
| | | · 16人以上 | | | | | | |
| | | · 5人以上 | | | | | | |
| 公务员、教职工 | — | · 全体公务员、教职工 | | | | | | |
| | | · 一部分示范实施地区 | | | | | | |
| 地方居民 (私营者) | 部分地区适 用自愿保险 | · 农渔村地区 | | | | | | |
| | | · 城市地区 | | | | | | |
| | | · 全体公民 | | | | | | |

财政实行统一管理,健康保险制度最终实现了管理、运营、财政的高度整合,韩国医疗保障走入新的历史阶段。健康保险管理公团的设立,保障了韩国公民平等享有健康的权利,既存的“碎片化”“局部化”现象得到缓解。“韩国的医疗保障制度,在借鉴德国和加拿大等国家形式的社会保险体系的同时,还追求公平性和效率性,取得了丰富的成果,值得其他国家借鉴”^[2]。韩国医疗保障制度之所以发展比较迅速,且成效较大,除得益于其经济发展和政治安排之外,还与其本身特有的历史文化传统有着密不可分的关系。

二、韩国社会历史文化特性

任何一个国家的社会保障制度的发展和完善,都与其经济、政治、社会等要素紧密相连,但其历史文化因素,特别是历史文化传统也在社会政策的制定和执行过程中发挥着重要作用。这可以通过瑞典的福利国家政策得以印证。瑞典实施的平等主义福利国家政策虽发源于1930年代的人口政策或所谓的“前凯恩斯政策”,但其背后则是以瑞典固有的平等主义文化传统为基石的^[3]。在已有的医疗保障发展研究中,存在着忽视或者完全不涉及文化因素的错误倾向。必须明确,文化因素在社会保障制度的发展过程中虽然不起决定性作用,但也决不能忽视其作用,这是因为一个社会的文化为我们提供了理解其社会保障问题的基础。下面笔者将通过分析韩国的传统文化民族主体性、事大主义倾向、儒教文化、家族主义、政治社会意识等,来考察其对韩国医疗保障制度的影响。

1. 民族主体性

从地理位置来看,韩国位于欧亚大陆的东部半岛,自古以来与我国存在割不断的历史联系,儒教、佛教等宗教,以及济困制度等都是通过中国或者从中国引入到韩国的。另外,韩国还与其南部的日本存在诸多交流。东亚秩序自汉朝形成并发展以来,以“朝贡”“册封”为特征形成了以中国为中心和支配的体系,韩国自三国时代开始被纳入该体系之内,这是中国周边弱小国家为避免其被直接统治而采取的一种外交策略,也是直到19世纪维持亚洲和平的一种外交典范,被称为“等级安全机制”^[4]。这种秩序是以不侵犯为前提而存在的一种东亚共存关系,一般仅指政治关系,并不会影响到经济、文化及科技之间的交流。但中国的力量随着时代的变化而增强或削弱,会间接对这种关系的稳定性产生冲击,最重要的历史事实是数千年间韩国并没有被中国合

并或者同化,一直作为民族国家生存下来,这得益于韩国民族所具有的强烈的主体性,即使在被日本完全吞并的时代,这种民族主体性仍然得以保持。韩民族所具有的对外部势力进行抵抗和斗争的强烈意识,使其在面对压迫或不公平对待时很容易产生万众一心的意识和行动。

2. 事大主义倾向

在强烈的民族主体性引导之下,民众很容易对别的民族理解不深从而产生排斥性,历史上的典型表现就是当时的朝鲜过度崇拜明朝及华夏民族,而对其他国家(王朝)和民族则采取了蔑视的态度,在朝鲜的《经国大典》里就明确记录“事大(明朝)”的条款。明朝灭亡之后,韩民族看不起曾经作为“蛮夷”的满族建立的清朝,反清运动一直持续,更将自己称为“小中华”,因为作为“中华正宗”的明朝已经灭亡,而满族又为蛮夷之族,所以朝鲜就理应成为“中华传统”的主体,之后在中(清政府)、日、俄之间摇摆,1945年解放后直到现在,又一直在“事大”美国。事大主义思考方式意味着自主思考和活动的缺乏,明显的表现就是20世纪初韩国的路边树木全部是七叶树,“路边树木?七叶树啊!”的思维几乎占据全部韩国人的头脑,当社会成员缺乏自主性时,就很容易被动员起来投入到一种事情之中。

3. 儒教文化

韩国自古以来就深受来自中国的各种宗教的影响。在中国三国时代和朝鲜半岛的高丽时代,佛教对韩国的影响尤其强,将佛教定为国教;朝鲜建国之后压制佛教,将儒教作为国教,这种政策持续了数百年,韩国现在仍自称为“儒教之国”,但这种“儒教”与孔孟的教导和思想并不一致,后发展成为统治阶级的伦理规范,成为对公民行使绝对支配权的工具,对百姓的日常生活并没有什么帮助。朝鲜时代统治阶层的文化和百姓的文化是完全分离的,是将统治进行合理化、组织化的文化,强调“身份社会”,我们所熟知的“三纲五常”是其典型代表,崇奉身份差异,社会政策的制定和执行视身份而定。

4. 家族主义

家族主义与儒家文化紧密相连,主张对于家族的关爱压倒其他欲望和行动,把家族利益作为行动的主导^[5]。家族主义强调所有问题都要在家族内部、家庭内部解决,不重视家族外社会成员之间的互济作用。例如,韩国过重的家庭教育费用就表明,父母将年老后的生活负担过多寄托于子女的成功上,这是韩国家族主义在精神意识方面的遗留物。家族

主义还强调对老年人、上级和公职人员的一种“善待”，整个社会对于老年人、上级和公职人员存在一种天生的敬畏，认为他们“劳苦功高”，这造成社会政策在一定程度上对其有所倾斜。

5. 政治社会意识

中央集权制度在韩国历史悠久，特别是在朝鲜时代，封建中央集权达到顶峰，但朝鲜王朝是一个“国弱官强”的社会，与国王相比，其下的两班阶级（古朝鲜的世族阶级）的权力更大，大力压制反对社会不合理旧秩序的反抗运动。而当这种中央集权制度崩溃之后，长期受到压抑的反抗意识便会集中爆发，推动统治阶级做出更有利于自身的决定。韩国的中央集权制度一直持续到1990年代后期，民主化之后民众受到压制的反抗意识得以大规模发泄，社会民主运动不断发生。但经历了长期集权统治的民众，对于什么是真正的民主缺乏理解，将民主简单理解为罢工、罢课、集会、示威等活动，在野党无条件反对执政党，民众无条件反对政府，其民主运动是不成熟的。相对于西方成熟的民主体系，韩国不成熟的民主运动往往会造成不好的结果，成为阻碍社会政策得以顺利推行的因素之一。

三、韩国医疗保障发展中的文化因素

韩国医疗保障的发展不仅与经济发展存在密切关系，还深受其历史文化的影响。韩国传统历史文化在医疗保障发展中的作用，主要体现在以下几个方面。

其一，民族主体性为医疗保障的发展提供了群众基础，民众的诉求推动了医疗保障政策的发展。从1980年代后期开始，为了争取更大的医疗福利而设立的各种协会、公会、行会等大幅增加，集体诉求有助于打破既得利益阶层的阻力，为政府提供制定和推行政策的必要支持。医、药分离政策的实施就体现了这一点。医、药分离政策由于触及到医生的利益而受到相当大的抵制，而政府之所以能强有力地推行该政策，正是基于该政策代表了范围最广的老百姓的利益。1984年，韩国各种劳动组合（工会）的数量为2365个，到1988年增加到6142个，有关医疗保险的诉求不断涌现，这些诉求直接推动了韩国医疗保险制度受惠人群的扩大和待遇的提高。^[6]从表1中可以看出，韩国医疗保险到1989年基本实现了覆盖全体公民的目标，包括之前未被纳入医疗保险制度的中小企业员工与农渔民等。

其二，受事大主义倾向影响，韩国较多借鉴国外的医疗保险制度，并注意与本国实际相结合。韩国事大主义倾向表现在社会保障方面就是将福利问题和解决方案寄予大国，但由于社会制度有自身的生存土壤，外国的制度和解决方案难以在韩国扎根，会造成一系列的不适应症。美国学者 Mintrom 指出，政策制定者为学者或者专家时，政策实施的速度比政策制定者为官员时还要快^[7]，而韩国的社会保障制度大多是由学者及专家推动的。1990年代之后，包括医疗保障制度在内的韩国社会福利制度取得快速发展与此相关，这种现象表明韩国对于自身历史文化传统中保留的许多有关社会福利制度及思想关心不足，沉溺于先进国家有关社会福利的文献研究，机械引用照搬，忽视了国内相关研究。

在韩国医疗保障政策的制定中，学术界起到重要的推动作用，而韩国国内研究医疗保障政策的学者和专家多出身于国外或有国外生活学习经历，如著名的医保专家金泰诚、俞光浩等都是从国外毕业后回国在高等学校任教，同时又担任政府咨询委员。韩国最初实施的医疗保障政策，基本都是参考先进国家或地区如德国、日本、中国台湾地区等的经验，博取众长而集于一身。而韩国对医疗保障制度进行的调整整合，较好地解决了国外各项先进医疗制度的本土化问题，比如1990年代末进行的医疗保险适用对象的整合，以及财政和管理机关的整合等。

其三，儒教文化使得韩国在发展医疗保障制度时采取了差等适用政策。儒教文化意识从某种意义上来说是反对人人平等的“反福利文化”^[8]，其带来的影响大致有以下三个方面。一是官尊民卑论调。受这种论调影响，社会保障或者医疗保障首先考虑对公职人员的优待，医疗保障的首要适用对象为公务员和公立院校教职工。二是男尊女卑文化。儒教原本强调的是“男女有别”，而不是“男女差别”，但无论是在中国还是在韩国，实际表现出来的都是男女之间巨大的差别。体现在医疗保障方面，就是实施初期男性加入医疗保障后，家庭中的女性成员从属于男性的医保待遇，剥夺了女性加入医疗保障的权利，这当然与男尊女卑文化下的女性就业率较低有一定的关系。三是地区差别问题。与中国相比，韩国地区差别更大，这种差别不仅仅指经济发展方面的差异，更是指在这种差别文化之下，高级官员大多出自同一地区，即所谓的“地缘关系”“学缘关系”，以及重点发展京畿地区而忽视地方。在医疗保障方面，就是优先发展城市特别是大城市，而后逐

渐扩大到较小城市及农村地区,这也成为导致医疗保障资源配置不均的文化性因素之一。

与我国台湾地区将普通务工人员作为医疗保险优先适用对象不同,韩国在制定和实施医疗保险政策之初,把公务员作为首先适用对象,笼络了政府公务人员,这是韩国官尊民卑思想意识的体现。同时,将公务员、公立学校教职员、私立学校教职员、大企业和小企业员工、无业人士和农渔民等群体先后于不同时期纳入医疗保险的范围之内,还视不同的群体设立不同的保险组合,实施不同的医疗保险待遇,使得差别化问题在医疗保障领域表现得更为明显,成为之后韩国医疗保险改革“碎片化”“局部化”的渊源。

其四,家族主义对于社会保障或医疗保障来说既有促进作用又有阻碍作用。就促进作用来说,实施医疗保障时必须考虑被保险人的家庭抚养问题,即家庭主妇和儿童的医疗保障问题,这会促使医疗保障政策制定者出台较好的医疗保障待遇政策;而就阻碍作用来说,家族主义阻碍了社会连带性的发展,从而抑制了医疗保障的多样性发展。因为家族主义强调所有问题都要在家族内部、家庭内部解决,不重视家族外社会成员之间的互济作用,这与医疗保障强调的互济性理念相冲突。家族主义使得医疗保险主体为在职的男性工作者,造成男性的家庭负担过大,同时将医疗负担寄托于家族或家庭,割裂了社会连带性责任,造成韩国医疗保险脱保和不纳保现象的发生。据统计,2001年脱保和不纳保的韩国家庭为1 613户,而2009年达到2 023户^[9],其中大多是家庭收入较高、缴纳保险费较多、可以为医疗保险连带性做出较大贡献的家庭。

其五,政治社会意识推动医疗保障政策实施的主体实现了由政府到民间的转换,这种转变造成多元诉求下医疗保障政策的多变性。在中央集权制度之下,社会福利政策是否实施,主要依据于统治官僚是否感到有必要加强对百姓的统治。金一哲^[10]曾指出,韩国社会是受政治权力影响非常大的“政治社会”,政治权力的变动对一般公民产生的影响要远远高于先进国家。受这种政治社会意识影响,公民会将过多的医疗保障目标的实现寄托于统治者,而当这种目标无法得以实现时,又会通过自发的政治性运动来实现,比如罢工。

在1990年代韩国实现民主化之前,医疗保障制度虽然存在群体间不公平问题,但医疗保障制度的总体目标在政府的强力推动下得到了顺利实施,为韩国后来医疗保障制度发展奠定了基础,在民主化

之后,韩国公民更积极地参与到政治生活当中,对自己医疗诉求的渠道和方式愈加重视,而政府不再是强有力的集权政府,医疗诉求的多元性和政府主导力量的弱化,造成医疗保障政策的不稳定性增加,全民性医疗共识成为政府追求的艰难目标。

四、结语

文化是一个国家和民族历经久远形成的社会群体间的共性要素,它对医疗保障政策的制定和实施会产生促进或阻碍作用,是政策制定者在制定和实施相关政策时不可忽视的因素。韩国传统历史文化在促使韩国医疗保障制度迅速发展的同时,也造成了许多历史遗留问题和现实困境,是导致韩国当今政府制定的政策难以顺利推行的一大因素。我国在发展医疗保障的过程中,应在促进民众共识方面作出积极努力,增强民众的互济意识,培养良好的社会协同氛围,以群众性的支持来推进医疗改革,坚持政府主导之下的医疗保障制度改革,同时注重吸收国外经验教训,少走弯路,借助文化因素推动中国特色医疗保障制度的建设。

[参 考 文 献]

- [1] 侯圣伟. 韩国医保适用人群扩大过程中的经济要素分析及其对中国的启示[J]. 郑州轻工业学院学报:社会科学版, 2012(1): 90.
- [2] [美]乌伟·莱恩哈德. 韩国—台湾健康保险国际研讨会特别演讲稿[N]. 统一民族报, 2006-06-04(04).
- [3] Hofstede G. Culture's Consequences: Comparing Values, Behaviors, Institutions and Organizations Across Nations [M]. Sage: Sage Publications Inc, 2003: 92.
- [4] [韩]李参诚. 东亚的战争及和平[M]. 首尔: 韩吉社, 2009: 98.
- [5] [韩]金泰吉. 韩国人的价值观研究[M]. 首尔: 文音社, 1995: 102.
- [6] 侯圣伟. 论韩国和台湾医疗保障适用对象的扩大过程——以对中国医疗保障体系的借鉴为中心[D]. 首尔: 韩国学中央研究院, 2011.
- [7] Mintrom M. Policy Entrepreneurs and the Diffusion of Innovations[J]. American Journal of Political Science, 1997(3): 739.
- [8] [韩]朴光骏. 社会福利的思想和历史——西欧福利国家和韩国[M]. 首尔: 良书院, 2013: 239.
- [9] [韩]金珍珠. 健康保险滞纳者管理改善实态调查[R]. 首尔: 国民健康保险工团健康保险政策研究院, 2009.
- [10] [韩]金一哲. 韩国社会, 难以理解的社会[M]. 首尔: 传统和现代, 2003: 217.