

# 城市贫困群体的生存状况及其社会保护

## ——基于扬州市邗江区的调研

林煜崂

扬州大学社会发展学院, 中国·江苏 扬州 225000

**【摘要】**精准扶贫在中国如火如荼地进行, 消除贫困成了治国之本, 强国之策, 然而, 随着现代化进程地加快, 贫困人口仍分散在中华大地各个角落中, 他们地生存状况成了社会关注的重点, 国家政策制定的重心。本文着眼于邗江区愈发庞大的贫苦人口数量, 分析思考邗江区导致贫困人群的各种复杂多元的因素, 研究以扬州市邗江区贫困人口作为着力点, 以精准扶贫为背景入手, 以对扬州市邗江区贫困人口调查材料为支撑, 探讨扬州市邗江区贫困人口的生活现状以及政府政策的评估与帮助。以三种调查分析方法力求数据的透明与可借鉴, 首先通过问卷调查法, 以网上问卷的形式发放, 了解受调查者对于本身经济状况及待遇水平的了解与评价。其次通过人物采访法了解, 从主体入手来了解贫困人群的生存现状。最后采用文献法, 通过收集中外文献资料, 了解地方对于贫困人口的补助政策, 总结思考, 提出具体可实施的建议。从而进一步归纳分析存在的问题以及原因; 提出解决问题的建议与举措, 进而为当地政府, 社会城市贫困人口地各方面问题的改善提供借鉴和启示, 从而解决社会的矛盾和冲突, 消除贫困人口提升生活质量与水平, 营造幸福稳定的生活氛围, 也为打造和谐社会提供了强有力的力量, 为社会的进步稳定发展打造稳定的根基。

**【关键词】**贫困人口; 扬州市邗江区; 社会保护; 改进对策

### 1 扬州市邗江区贫困群体现状

#### 1.1 规模不断扩大

随着城市化进程加快, 城市贫困人口的增长速度也与日递增。享受低保的人群在逐步扩大并且增长速度加快, 根据国家统计局《2017年农民工监测调查报告》数据显示, 2017年农民工的月均收入为3485元, 最低收入标准为3019元, 而2016年城镇职工的人均月收入为5630元, 农民工的月收入将近只有平均水平的62%, 这样的生活水平在较发达的城市刚好够最低生活保障的标准, 再加上他们的教育支出负担, 养老负担等他们的生活水平还会进一步下降。近几年大量农民工涌入城市, 也导致了贫困群体的规模不断扩大。此外, 肯定会有一部分人工资水平仍然远远低于平均水平, 加上没有城市的社会保护政策, 这部分群体的贫困程度还会大大加深。2017年我国农民工总量达到了28652万人, 其中进城农民工达到了13710万人, 由此可见城市农民工构成了农民工的主体部分, 未来将会有更多农民工涌进城市, 贫困群体得不到有效社会保护就会只增不减。

根据笔者的研究调查邗江区现有城市低保1010户2014人, 其中2019年上半年新增低保户20户40人, 上半年新增低保22

户44人; 2018年下半年增加的低保为18户36人, 2018年上半年增加了17户33人; 2017年下半年增加15户29人, 上半年13户26人; 2016年上半年增加低保户12户23人, 下半年12户24人。数据整理如下表1所示。

由表1可见, 扬州市邗江区低保户及人数整体上处于一种逐年增加并有增加速度越来越快的趋势。低保户作为邗江区贫困群体的重要组成部分, 低保户的逐渐增加, 也在一定程度上代表了贫困群体的规模也在逐年扩大。

#### 1.2 贫富差距逐渐拉大

随着改革开放不断深入进行, 政府虽然建立起了最低生活保障制度, 但是现如今弱肉强食, 优胜劣汰的市场规律造成了经济体制转型期的贫富差距过大。城市最低生活保障标准增幅逐年下降与社会平均工资标准增幅的逐年提高形成反差。

#### 1.3 多种原因造成家庭更为贫困

据调查, 邗江区大多数贫困家庭中因单一原因而贫困的是极少数, 大部分都是因为多个原因造成家庭贫困, 这在社会中被称之为“多元化贫困家庭”, 他们中有的是因为劳动力处在下岗状态、其子女未成年, 还需要教育费用的支出; 还有的家庭成员有残疾, 重病, 失去劳动能力等原因; 有的需要还贷款, 偿还欠款等他们的生活压力重, 常常会因为上述的原因导致家庭更加贫困。

### 2 城市贫困群体的成因分析

#### 2.1 宏观层面的原因

##### 2.1.1 制度与政策的影响

近二十年来, 经济体制改革推进、国有企业改制、医疗和社会保障制度不完善、城市拆迁、农民失地等多种因素, 造成我国出现大量的新型城市贫困人口。根据数据统计, 2016年中国基尼系数为0.465, 在世界各国排名中处于第30位, 与全球平均水平相比高出警戒线0.4。从结构来看, 除了农村城市差距之外, 城市内部也存在一定的贫富差距, 而且随着城市的发展, 这种差距逐渐在拉大, 较高的城市生活成本等也使得城市贫民的生活境遇低下。

表1 2016-2019年扬州市邗江区增加低保户及人数表

| 年份   | 上下半年 | 增加低保户 | 增加低保人数 | 全年共增加低保人数 | 较上一年增加低保人数百分比(%) |
|------|------|-------|--------|-----------|------------------|
| 2019 | 下    | 25    | 50     | 90        | 30.4             |
|      | 上    | 20    | 40     |           |                  |
| 2018 | 下    | 18    | 36     | 69        | 25.5             |
|      | 上    | 17    | 33     |           |                  |
| 2017 | 下    | 15    | 29     | 55        | 17               |
|      | 上    | 13    | 26     |           |                  |
| 2016 | 下    | 12    | 24     | 47        | /                |
|      | 上    | 12    | 23     |           |                  |

(数据由扬州市邗江区民政局统计所得, 比例部分是四舍五入取一位小数的约数。)

邗江区以收入为标准的救助体系还不够完善,现行的低保等救助制度,主要解决“低收入、低支出”的矛盾,对“低收入、高支出”以及“中收入、高支出”等支出型贫困问题关注不够,社会救助体系存在空档。虽然临时救助、医疗救助等单项救助制度缓解了部分贫困群体的支出困难,但是享受这些单项救助制度一般以低保为前提或者是与之挂钩,存在一定的局限,大部分工薪阶层或者退休人员不能进入现行的救助制度范围,造成事实上的“隐形贫困”。

### 2.1.2 就业因素

就业是造成城市贫困群体短暂性陷入贫困状态的最主要的客观原因。随着城市化进程加快,城市的迅速发展,不断更新的工作对于求职者的能力要求也越来越高。对于本来就处在贫困状态或者边缘的家庭来说,本身的素质水平较低,社会地位低下,社会资源不足等问题都是他们的劣势,而这些劣势都造成了他们无法获得可靠的工作与稳定的收入,从而导致他们陷入长期的贫困。因此就业问题也是决定他们是否贫困的关键性因素。

另外有他们综合素质的较低,他们从事的多为替代性较强的工作,换言之,他们的工作很容易被刷新被取代,更有学者指出,在日新月异的当下,科学技术不断提升,体力机械化劳动很容易被人工智能取代。不考虑长远的发展,就当下而论,他们基本上坐着“小时工”这样的工作,没有长期稳定的工作,从而收入也增加了不确定性,并且能够胜任这类工作的人比比皆是,随时会被后来居上者替代。因此如此往返,长期不能得到稳定的收入,必然会造成其贫困。

### 2.1.3 医疗负担的因素

疾病和贫困相随,并且相互促进形成恶性循环。贫困到一定程度就会引起城市居民各种身体健康疾病,治疗疾病又会需要大量医药费,造成家庭的生活负担进一步加重,再者对于贫困人口来说他们没有金钱去购买保险等产品,从而不能报销其医药费,并且他们也没有稳定的工作,从而医疗保险就得不到稳定的保障,对他们本身来说,形成的负担会进一步加重,从而形成一种恶性循环。根据2018年的“邗江区低保抽查”数据,因病致贫、因病返贫贫困户占建档立卡贫困户总数的42%,目前邗江区1010户低保户中,因病因残致贫的达到850户左右,占84%左右。可见在城市低保家庭中,疾病因素是主要原因,看病所需要的医药费也是他们的核心困扰之一。

## 2.2 微观层面的原因

除了宏观因素之外,城市贫困人员他们自身的原因,一些不可抗力的原因都是使他们长期处于贫困状态或者迅速落入到贫困的状态的不可忽视的因素。

### 2.2.1 疾病与健康水平因素

疾病是造成城市家庭贫困的最主要因素,健康水平是衡量劳动力价值的重要标准。据扬州市民政局在2017年对1400多个贫困家庭调查发现,因病致贫的人数比例最高达到了89.61%,根据笔者调查问卷研究发现,贫困家庭所支出的医药费较多,人均医疗费用支出865.24元,占每月人均总支出45.2%。另一个方面,城市低收入人群生活在社会底层,由于生活条件有限,再加上城市生活成本偏高,以及营养健康知识缺乏和身心压力大等,他们的营养和健康条件较差,容易成为疾病等健康问题侵蚀的对象。

### 2.2.2 教育水平,知识,技能等因素

教育水平低,知识和技能的储备欠缺是造成城市人口陷入贫困的另一关键因素,现如今经济全球化的当下,并不缺乏高素质的人才,学历水平高的人才比比皆是,那么总体而言城市贫困人群在各方面条件都落后的情况下,得到一份稳定收入的工作的可能性就会大幅下降。随着城市化进程推进,城市居民人与人之间经济差距在不断拉大,造成不同地区和不同社会层面的群体之间差距不断扩大,那么经济差距的逐步拉大必然会导致其受教育程度以及综合素养的差距。

城市贫困人群在一定层面上受教育程度偏低,素质水平也低,因此在城市中和其他高素质高文化程度的社会精英比起来竞争力较小,在工作上得到的机会和可提升的空间也较小。由于知识和技能上的欠缺,他们对社会和工作的适应能力较低,只能从事一些相对简单、依靠体力的工作,通常呈现为生活环境较为艰苦、单位劳动报酬较低,工作岗位的替代性较大,从而陷入贫困境遇的概率也较大。

### 2.2.3 家庭和社会资本因素

除了外在的物质条件,城市贫困人口在内在方面往往也比较缺乏,比如社会参与度以及信息接受的程度等。从投入角度来看,劳动力城市贫困人口由于经济生活压力较大,因此用在基本生活的劳动和时间投入成本就较高,从而用于社会关系中的精力就微乎其微,严重影响其正常的城市社会关系。就扬州市针对城市发展政策而言,随着城市共享机制的逐渐成熟,城市贫困人口由于较低的文化水平和较少的信息资源,因此较难与周围形成良性平等的互惠互利关系,在此机制中也逐渐被边缘化。邗江区属于经济文化发展比较前卫的地区,但是其知识能力以及眼界等方面的因素仍然比较欠缺,贫困人口在资金的储备,使用、投入等方面都不具备完善的思考,不懂得互利共赢,利用周围发展的时代进程寻找方法是自己脱贫致富。

## 3 针对城市贫困群体的社会保护政策和措施

### 3.1 针对城市贫困群体的社会保护政策

#### 3.1.1 医疗救助制度

随着经济体制的改革,传统的计划经济体制下的城市公民公费医疗和劳保医疗制度逐步瓦解,大片城市居民开始出现下岗、生活困难、难以支付医药费等困难,部分地区政府也开始对这些人员进行医疗补助和帮扶。医疗救助即时社会救助的重要内容,也是除了最低生活保障制度之外对城市贫困群体的一项专项救助。

扬州市邗江区到2010年为止,医疗救助制度在贫困群体的覆盖率达到79.57%,远远超出了设定目标。区民政局积极做好机构职能调整阶段医疗救助工作,保证困难对象医疗救助不断档。加强全区医疗救助与城乡居民医保“一站式”结算平台运用,2019年上半年,共实施医疗救助1116人次、发放救助金489万,实施临时生活救助41次16.1万元,为19户家庭发放急难救助金63.5万元。

#### 3.1.2 利用医联体优势,推动健康扶贫力度向纵深发展

市政府邀请苏北人民医院专家团队深入方巷中心卫生院等医联体单位进行技术指导培训及宣传活动,针对高血压、糖尿病、心脑血管疾病等城市常见、多发的疾病预防与治疗,实地进行了全方位的健康知识宣传,并现场开展了血糖血压监测,健康咨询等免费诊疗活动,同时就慢性患者常见症状、发病诱导因素,日常预防措施、应急救治方法等基本内容进行了系统的讲解



培训,有效的推动了邗江区健康扶贫工作的深度与高度。

### 3.1.3 帮助就业

为确保就业贫困群体灵活就业、社会保险补贴顺利发放,邗江区人社局高度重视、精心组织、多措并举,全力做好灵活就业人员社会保险补贴发放工作。通过基层平台公告、微信公众号推文、发放宣传单、张贴宣传海报等措施,把就业困难人员社会保险补贴政策进行了全面深入宣传,同时对政策申报条件、办理流程、所需材料等信息做好解释和宣传工作,力求做到家喻户晓,人人皆知。

为确保基层社保所能够吃透文件精神,理清办理流程,邗江区人社局专门指导各镇基层人社中心做好初审,指导相关部门按规定审核申请人失业登记、就业困难认定、灵活就业登记、社会保险缴纳以及享受保险补贴等事宜,确保就业困难人员灵活就业社会保险补贴办理工作安全、高效、准确。

### 3.2 针对城市贫困群体的社会保护措施

#### 3.2.1 工作岗位培训帮助

考虑到贫困人口大多是没有生活来源的失业人群,那么“授人以鱼不如授人以渔”。如何帮助他们再就业是笔者认为应当做中考考虑与实施的重心,在很多经济发展水平比较领先的地区,如:江浙沪,政府都拨款给人力资源处,要求其免费为失业人群提供培训机会,而培训的内容与形式也是多种多样的。在笔者作为“督察”的考核期间,笔者走访了大约10处左右的社会培训点,诸如:面包师培训,挖掘机培训,月嫂培训,这些培训给失业者学习考证的机会,相当于给予他们干工作的条件。在调查中发现,这些培训者的再就业率也是又可喜的提升的。这一方法一单大力投入成本,在各行各业的失业者中都要广泛宣传与大力推进。这才是从根本上减免贫困,从而在根本上推动现代化与城市化的新进程。

## 4 现行政策的问题和改进对策

2020年开始,中国的城市贫困群体逐渐由绝对贫困转向相对贫困、收入贫困转向了多维因素贫困、集中贫困转向分散贫困、累计贫困转向转型贫困的阶段。然而,近年来贫困群体的大幅增多还是给政府带来了不少挑战,因此邗江区政府在未来还需要把握以人民为中心的思想,改进现有的保障政策,为实现彻底脱贫做充足准备。

### 4.1 现行政策的问题

#### 4.1.1 测算贫困的标准过于单一

国际的贫困评定标准有两种,一是世界银行以收支作为划分贫困的标准线;二是联合国开发计划署构建的全球多维贫困指数。其中,收支法来判定是否贫困也有不同的标准,可以根据恩格尔系数确定贫困标准或者用人均收入的一定比例作为标准。大多数国家都是根据人均收入来确定贫困标准,但是收入并不是贫困的全部原因,个人的文化素质、心理问题、健康问题还有住房、医疗、教育等方面的问题都是可能造成贫困的因素,因此仅仅用收入作为评定标准还是过于片面。

#### 4.1.2 应急救助功能发挥不充分

虽然邗江区政府都定了救急难的政策,针对低保户还实现了一站式结算,但是正如前面所述,因收入原因,进入低保的人员毕竟很少,大部分人员即使能够享受救助政策,也需要先行支付医疗费用,然后才能享受救助。很多家庭面临重大疾病,没有办法迅速筹资第一时间支付巨额医疗费用,导致家庭生活状况陷入

困境。因此,应急救助的功能特别是在医疗救助领域依然存在发挥不充分,不及时的问题。

#### 4.1.3 医保目录内药物不能完全满足治疗需求

我们在日常生活中经常接触到很多申请医疗救助的居民,自费用很高,但是经过核算后,符合医保目录内的药物费用占比却很小,导致救助金额与实际金额之间差距很大。目前的医疗救助政策是对患者医保目录内治疗费用进行救助,但依然不能满足重大疾病患者的治疗需求。

#### 4.1.4 贫困群体脱贫主动性不强,积极性低

多数贫困人口文化素质低,思想观念陈旧落后,调查问卷发现大多数人认为给钱就是最好的扶贫。安于现状没有发展动力;加之受自然条件限制和经济波动的影响,贫困户主动发展产业的积极性不高。部分贫困户也不愿积极就业,不谋求发展思路,一心想吃低保,享受国家救助。社会福利组织与政府帮助他们的同时,也应该考虑帮助他们建立自信心,增加他们脱贫的勇气和信念,有的企业也不能一味热心公益事业,却忽视了支持他们自我发展,增加造血功能这一重要功能。

### 4.2 改进对策

#### 4.2.1 进一步完善困难家庭评估体系

探索开展“支出型”贫困群体的纳保工作。改变目前只看收入不看支出的困难家庭评估体系。新建立“支出型”贫困的计算评估体系以及“支出型”贫困救助的具体操作流程和方法,切实考虑一些重大疾病家庭必要的医疗费用,将这类家庭纳入到救助保障体系,使他们能在治疗时享受到一站式减免以及先期救助,减轻他们的医疗费用负担,同时也可以有效抑制住因病致贫、因病返贫现象的发生,从而达到降低贫困率的效果。

#### 4.2.2 进一步加强部门联动

目前,邗江区困难家庭的医疗救助涉及到几个职能部门:参保在人社部门、治疗在卫计部门、救助在民政部门、资金在财政部门。对纳入保障的对象初步实现了“部门联动”,但普通百姓如果要享受救助,仍然要分别前往以上部门,不但程序繁琐,还耗时耗力。国家新的机构改革方案已经明确,将人社部门的医保、民政部门的医疗救助工作划归卫计部门负责,但是对困难群体的认定,依然需要民政、人社部门参与。建议加强部门联动,对困难群体的认定能够提前介入、提前认定,减少中间不必要繁琐的程序,方便困难群体。

#### 4.2.3 进一步扩大医保目录范围

由于医保目录内的药物不能完全满足治疗需求,应广大患者需求应当将一些治疗重病、大病的抗癌药、靶向药纳入医保目录,从根本上大幅降低治疗费用,同时也可以相应的增加医疗救助的金额。虽然近几年国家不断调整医保目录,一大批药物进入了目录范围,还有些抗癌药物也陆续加入目录,但是还是不能满足一些重大疾病患者的治疗需求,因此扩大医保目录也是完善医疗救助的一项重要举措。

#### 4.2.4 提高群众摆脱贫困的主动性

开展入户宣传,按照条目清晰,通俗易懂的要求,编制发放扶贫政策的宣传手册。开展媒体宣传,参加扶贫专题活动,以政策解读、互动答疑的形式宣传扶贫政策。开展阵地宣传,利用社区的综合服务中心、医院、学校、电子显示屏滚动播放精准扶贫政策,让困难群众明白真正的脱贫还是需要他们自己,不能一味依靠政府和社会组织的帮扶,自身的积极性和脱贫的勇气信心也

是他们宝贵的财富。

## 5 结语

中国贫困群体格局的变化,绝对贫困的消除,相对贫困的大范围爆发要求政府必须对2020年之后的对于贫困群体的社会保护政策有所设计和调整。政府要从最为基本的开始保障,逐步提升,形成完整的社会保障体系,先保障贫困人口的基本生活,改善其生存状况,再逐步提升,做到精准扶贫,从养老、住房、医疗、失业、教育等多方面入手,扩充精准扶贫的形式,深入基层,了解不同贫困人口的群体需求。把握好、利用好财政支出对于扶贫的作用,抓住核心,利用市场化现代化的推动促进贫困人口基础素质,基础水平的提升,使其在生活保障的前提下,具备稳定的工作收入来源,从而向脱贫致富道路上发展。

## 参考文献:

- [1] 黄桦. 我国城市贫困群体现状研究[J]. 经济问题, 2008 (04): 49-51+92.
- [2] 孔媛. 城市“新二元结构”从分割到融合的新政治经济学分析[D]. 复旦大学, 2011.
- [3] 梁德阔, 徐大慰. 上海支出型贫困家庭的救助模式分析[J]. 人口与发展, 2012, 18 (04): 56-61.
- [4] 杨力超, Robert Walker. 2020年后的贫困及反贫困: 回顾、展望与建议[J]. 贵州社会科学, 2020 (02): 146-152.
- [5] Deborah Carr. Golden Years? [M]. Russell Sage Foundation: 2019-01-22.
- [6] 郭嫣. 我国大陆实行的城镇居民医疗救助制度[J]. 现代企业教育, 2010, (12): 2-2.
- [7] Steve Miff, Keith Kosel. Building Connected Communities of Care[M]. Taylor and Francis: 2020-03-03.
- [8] 刘智勇, 赵宁, 李孜, 金新政. 我国城市贫困人口医疗救助现状及政策建议[J]. 中国社会医学杂志, 2009, 26 (01): 9-11.
- [9] Cheryl Forchuk. Working with Individuals Who Are Homeless [M]. Springer International Publishing: 2018-08-09.
- [10] 朱霞梅. 反贫困的理论与实践研究[D]. 复旦大学, 2010.
- [11] 黄征学, 高国力, 滕飞, 潘彪, 宋建军, 李爱民. 中国长期减贫, 路在何方? ——2020年脱贫攻坚完成后的减贫战略前瞻[J]. 中国农村经济, 2019 (09): 2-14.
- [12] 苏黛. 充分发挥审计职能 全力推动精准脱贫[J]. 现代审计与经济, 2018 (03): 33-34.
- [13] 管睿, 刘旋, 余劲. 精准扶贫政策与边缘贫困群体政治信任——基于断点回归的证据[J]. 农业技术经济, 2020 (03): 97-109.
- [14] LaTonya J. Trotter. More Than Medicine [M]. Cornell University Press: 2020-04-14.
- [15] 黄玉斌. 精准扶贫中社会力量融合及其实施途径[J]. 决策与信息, 2018 (04): 74-80.

## 作者简介:

林煜峯 (1998.2—), 性别: 男, 汉族, 籍贯: 江苏省扬州市。