

---

# 社会保障助推脱贫攻坚研究

## ——以安徽省脱贫攻坚实践为例

李青<sup>1</sup>

(中共安庆市委党校理论研究室, 安徽 安庆 246052)

**【摘要】:** 社会保障是扶贫济困的一项基础性制度安排,“社会保障兜底一批”是新时期党中央立足于我国脱贫攻坚实际实施的“五个一批”工程的重要内容。安徽省在精准扶贫中充分发挥社会保障的兜底作用取得了显著成效,但也存在特殊贫困人口较多、保障水平偏低、资金支出压力较大、基层管理服务水平有待提高、依赖性较强等挑战。需要坚持开发式扶贫和保障性扶贫并重,编密织牢社会保障安全网、提升基层管理服务能力、加强宣传和监管。

**【关键词】:** 社会保障 脱贫攻坚 安徽省

党的十八大以来,安徽省积极落实中央决策部署,在社会保障兜底和扶贫开发方面不断探索,脱贫攻坚取得决定性进展,全省贫困人口由2012年底的679.1万人下降到2018年底的49.88万人,贫困发生率由12.6%下降到0.93%。2018年8月,省政府批准岳西县、潜山区、怀远县、蒙城县退出贫困县。然而,由于安徽省贫困人口多、贫困程度深、致贫原因复杂,社会保障在助推精准扶贫方面还面临着很多挑战,必须要进一步加强社会保障兜底机制建设,为打赢精准脱贫攻坚战提供制度保证。

### 1 社会保障是脱贫攻坚的重要兜底制度

#### 1.1 社会保障是扶贫济困的一项基础性制度安排

社会保障是国家为社会成员在遭遇到各种自然、生理和社会风险时提供经济和物质帮助,保障其基本生活需要的一项重要经济社会制度。作为一种反贫困的制度,社会保障体系的建设本身就是一国减贫发展综合目标的重要部分,同时也应是减贫发展的一个工具性方法。

从社会保障制度发展的历史看,1601年英国颁布《济贫法》,明确政府通过向社会征收济贫税,对老弱病残的贫民进行救济,从而减少贫困,缓和了社会矛盾,成为现代社会保障制度的萌芽;此后,无论是德国建立的社会保险制度,还是美国实施《社会保障法》推行社会保障制度,都是在帮助贫困群体摆脱贫困,化解社会矛盾中改革和完善。

我国的社会保障制度主要由社会救助、社会保险、社会福利三项主要内容构成,社会保障兜底扶贫主要制度体系包括农村居民最低生活保障、城乡居民养老保险、新型农村合作医疗和医疗救助制度。农村居民最低生活保障通过为收入低于最低生活保障标准的贫困人口提供资金、物资和服务,维持其基本生活,避免陷入生存危机;城乡居民养老保险通过政府、集体补助和个人缴费形成基金,在农村居民年老丧失劳动能力时保障其基本生活,预防和消除老年贫困;新型农村合作医疗和医疗救助通过政府、个

---

**作者简介:** 李青(1967-),男,安徽桐城人,中共安庆市委党校副教授,研究方向:社会保障理论与政策。

**基金项目:** 安徽省党校系统研究阐释党的十九大精神2018年度重点课题(项目编号:QS2018067)成果。

人和社会筹集资金,在农村居民患病时支付医药费用,恢复其劳动能力,防止因病致贫、因病返贫。总之,社会保障制度通过互助共济,运用大数法则,动员社会各方面的资源,为农村贫困人口建立基本生活保障的“安全网”,提高生存发展能力,实现扶贫、脱贫目标。

## 1.2 社会保障在脱贫攻坚中发挥着兜底作用

党的十八大以来,安徽省贯彻中央精准扶贫精准脱贫的决策部署,出台实施了《关于社保兜底脱贫工程的实施意见》、《健康脱贫综合医疗保障实施细则》、《关于贯彻落实社会保险扶贫工作的实施意见》等一系列社会保障兜底扶贫的政策文件,着力抓好特殊贫困群体脱贫攻坚工作,充分发挥了社会保障在精准扶贫中的兜底作用。

完善农村居民最低生活保障制度,保障困难群众的基本生活。建立动态管理机制,将没有劳动能力或暂时无法通过扶贫开发脱贫的困难家庭,全部纳入农村居民最低生活保障范围,实现应保尽保。健全农村居民最低生活保障标准与经济发展水平、物价水平相适应的调整机制,逐步提高保障标准,2018年全省农村居民最低生活保障平均标准达到5841元,实现农村居民最低生活保障标准和扶贫标准“两线合一”,有效保障了困难群众的基本生活。

推动城乡居民养老保险扩面提标,保障贫困老年居民老有所养。结合实施全民参保计划,将符合参保条件的建档立卡贫困人口、低保对象、特困人员等特殊困难群体统一作为扶贫对象,纳入城乡居民养老保险保障范围,由财政代缴保险费。积极探索建立多缴费多得的缴费约束机制,从2018年1月起安徽省级基础养老金最低标准从原来的70元提高到105元,全省有132.79万贫困老年居民享受城乡居民养老保险待遇。

建立农村贫困人口综合医疗保障体系,解决因病致贫返贫难题。因病致贫曾是安徽省贫困人口致贫的第一主因,大病、慢性病是贫困家庭脱贫的最大障碍,2015年因病致贫返贫人口约87.1万户、197万人,占建档立卡贫困人口的57.2%。通过建立贫困人口“三保障一兜底一补充”综合医疗保障体系,新型农村合作医疗、大病保险、医疗救助、“351”政府兜底和“180”补充医保之间进行协同保障(注:贫困人口在县域内、市级、省级医疗机构就诊,个人年度累计自付费用分别不超过0.3万元、0.5万元和1万元,剩余合规医药费用全部由政府兜底;贫困慢性病患者1个年度内门诊医药费用,经基本医保等补偿后,剩余合规费用由补充医保再报销80%);同时,由城乡医疗救助基金全额代缴贫困人口参加基本医保个人缴费,落实贫困人口在省内就医实行先诊疗后付费和“一站式”结算、家庭医生签约服务全覆盖,加强县域卫生服务能力建设,大幅减轻了贫困人口就医负担,2018年贫困人口综合医保实际补偿比达到90.48%。

## 2 社会保障助推脱贫攻坚面临的挑战

### 2.1 需要社会保障兜底的特殊贫困人口较多

安徽省是一个劳务输出大省,又是人口老龄化程度较深、扶贫任务较重的省份。经过多年的扶贫开发,深度贫困地区和特殊困难群体成为脱贫攻坚的坚中之坚。在2017年底全省还有的120.2万农村贫困人口中,贫困户因病因残致贫占70%,低保和五保贫困户占比达到62%,60岁以上的老人占比近40%。即使已退出贫困县的地区,特殊困难群体占比都较大,如怀远县没有脱贫的1.1万贫困人口中因病因残致贫的比例高达74%。这部分贫困人口大多数缺乏基本的人力资本,没有自我生存的劳动技能和稳定的收入来源,属于“无业可扶、无力脱贫”的贫困人口,自我发展能力弱,稳定脱贫难度大,防范返贫的压力重,必须要通过社会保障兜底才能实现稳定脱贫。

### 2.2 社会保障兜底保障水平偏低

2018年安徽省为189.25万城乡贫困人员代缴养老保险费2.69亿元,人均代缴142.14元,低于全省城乡居民养老保险200元

最低缴费档次,较低的缴费决定了较低的养老金水平。全省城乡居民月人均养老金 120.59 元,贫困地区养老金水平更低,如安庆、六安各县为月人均 110 元,有限的养老金对贫困老年居民生活只能起一点补贴作用。

2018 年,安徽省农村居民最低生活保障平均标准达到 5841 元,为城市标准的 86.3%,而扶贫任务较重的地区农村居民最低生活保障平均标准较低,如安庆市贫困县农村居民最低生活保障标准按不低于 4200 元/年执行,只有城市标准的 63.1%,城乡低保标准存在较大差距。

### 2.3 综合医疗保障资金支出压力较大

安徽省通过建立贫困人口综合医疗保障体系,大力推进健康脱贫工程。在贫困人口集中的皖北和大别山一些地区,在省健康脱贫政策基础上进一步加大对贫困人口政策倾斜力度,提高医药费报销比例,甚至实行全额报销的超常规政策。随着健康脱贫政策含金量提高,贫困人口就医需求不断释放,看病住院人数不断增加,小病大治等过度医疗现象时常出现;部分医疗机构受增收利益驱使,不合理收治情况较为普遍,欺诈骗保现象屡禁不止,医疗总费用增长速度过快,医保补偿费用快速上升。2018 年上半年,全省医疗总费用增长与上年同期比较增长 16%,部分县新型农村合作医疗当年基金支出占当年应筹集资金超过 50%,而贫困人口综合医保实际补偿比却从 2017 年的 92.48%下降到 2018 年的 90.48%,给新型农村合作医疗基金和财政补助基金造成较大压力。

### 2.4 基层社会保障管理服务水平有待提高

当前少数地区在脱贫攻坚工作中还不同程度存在形式主义、官僚主义等突出问题,有些地区居民最低生活保障评审不规范,贫困人口有进有出的动态管理机制不健全,一些贫困边缘群众难以享受到保障待遇;贫困人口健康档案繁琐,家庭医生签约履约服务不到位,基层医疗卫生服务不规范。基层医疗卫生基础仍然薄弱,2018 年末安徽省常住人口每千人拥有医疗卫生机构床位 5.2 张、每千人拥有卫生技术人员 5.3 人,分别低于全国 6.1 张、6.8 人水平;贫困地区基层医疗机构普遍存在设施落后、设备不足、药物缺乏等问题;村医数量少、年龄结构老化、技术水平低、工作任务重,难以承担健康“守门人”的角色,贫困群众获得医疗服务的可及性较差。

### 2.5 对社会保障兜底扶贫的依赖性较强

当前,脱贫攻坚进入关键时期,面临经济下行压力增大,市场竞争日趋激烈,产业扶贫困难较多,一些贫困群众和驻村帮扶干部压力大,容易滋生厌战情绪,满足于送钱送物。少数贫困户主观上缺少主动脱贫的意愿,自身发展信心不足,“等靠要”思想依然存在,脱贫内生动力不足,对获得社会保障兜底的愿望强烈。

## 3 加强社会保障助推脱贫攻坚的对策

### 3.1 坚持开发式扶贫和保障性扶贫并重

社会保障兜底是全面打赢脱贫攻坚战的重要基础性制度安排。随着脱贫攻坚的顺利推进,贫困人口数量和结构发生重大改变,要求注重以开发式扶贫为主向统筹开发式扶贫和保障性扶贫转变,必须要聚焦大别山等革命老区、皖北地区、行蓄洪区等深度贫困地区和贫困老年人、重度残疾人、重病患者等特殊贫困群体,构建养老保险、医疗保障、最低生活保障救助相衔接的综合保障性机制,确保将部分和全部丧失劳动能力且无法依靠就业帮扶的贫困人口纳入保障范围,实现老有所养、病有所医、弱有所助,基本生活有保障。对有劳动能力的贫困人口,要加大帮扶力度,提高自我发展的能力,因地制宜地依靠发展产业和转移就业来脱贫,增强贫困人口的内生动力,建立稳定脱贫的长效机制,不能依赖社会保障“一兜了之”,有效防止返贫和陷入福利陷阱。

### 3.2 编密织牢社会保障兜底扶贫安全网

---

调整财政支出结构,进一步加大社会保障兜底扶贫资金投入,确保贫困人口有稳定的政策性收入。提高贫困人口养老保险缴费补贴档次,扩大代缴范围,对养老保险个人账户多元化投资运营保值增值,引导贫困人口积极参保续保,逐步提高贫困老年人养老金待遇。完善农村贫困家庭申请救助经济状况调查制度,进一步健全最低生活保障申请受理办理和“救急难”主动发现机制,推动农村居民最低生活保障制度与扶贫制度有效衔接,通过动态管理来实现精准帮扶、应保尽保;提高农村居民最低生活保障标准,缩小城乡居民低保之间的待遇差距,提升其兜底的风险应对能力。

加快整合新型农村合作医疗和城镇居民医疗保险制度,建立统一的城乡居民医保制度,理顺管理体制,增加医保基金互助共济能力;全面落实“351”和“180”等健康脱贫政策,在确保基金安全的前提下进一步提高医疗费用实际报销补偿比例,减轻贫困人口看病就医负担。

### 3.3 提升基层社会保障管理服务能力

加强社会保障兜底扶贫工作的领导,通过联席会议机制强化人社、财政、扶贫、医保、民政等部门的协调配合,建立统一的社会保障信息管理平台,推进各部门信息共享,加强工作调度和督查指导,提高社会保障兜底扶贫的工作成效。

整合现有公共服务资源,落实基层社会保障岗位编制,并采取政府购买服务、增加公益性岗位等方式充实贫困地区基层经办力量,为贫困人口提供高效便捷的经办服务。

全面推进紧密型省市县医联体、医共体和远程医疗平台建设,组织三级医院长期固定化的对口帮扶,促进优质医疗资源下沉贫困地区基层,全面落实贫困人口就医先诊疗后付费和“一站式”结算。重点支持贫困地区乡镇卫生院、村卫生室改善医疗条件,强化基层卫生人才培养培训,提高基层医护人员待遇,提升贫困地区基层医疗卫生服务能力。提高家庭医生签约履约质量,充分发挥电子健康档案作用,为贫困人口开展全面健康管理。

### 3.4 加强社会保障兜底扶贫的宣传和监管

充分发挥包村干部、帮扶责任人、驻村工作队和基层干部的作用,通过进村入户、广播电视、张贴宣传标语、发放宣传单以及政府网站、微信公众号等新媒体广泛宣传社会保障兜底扶贫政策,充分借助党校干校、讲习所、社区夜校等教育阵地,针对不同年龄、不同文化与不同接受能力的贫困群众,开展有针对性的宣传,加大专题培训力度,确保社会保障兜底扶贫政策家喻户晓、深入人心。

完善养老、医保、低保工作中的群众民主评议、公开公示、第三方评估等制度,提高社会保障兜底扶贫政策的透明度,严惩推诿扯皮、优亲厚友、吃拿卡要等违规行为。

对各项社会保障基金“收支管”实施全口径监管,提高基金的使用效率和安全。全面落实医疗机构定点协议管理政策,严格规范贫困人口就医秩序和医疗机构诊疗行为,推进分级诊疗、双向转诊,提高按病种付费执行率,打击套保骗保行为,合理控制医药费用,促进综合医保制度健康可持续发展。

#### 参考文献:

[1]汪瑞华,江洪.今年确保贫困县全摘帽贫困村全出列[EB/OL].中安在线,2019-01-16.

[2]左停等.路径、机理与创新:社会保障促进精准扶贫的政策分析[J].华中农业大学学报(社会科学版),2018(1).

---

[3]王慧慧. 安徽省制定出台一揽子健康脱贫政策[N]. 安徽日报, 2016-09-22(01).

[4]李国英. 2019年政府工作报告[N]. 安徽日报, 2019-01-19(01).

[5]张曙光. 坚决打赢安徽高质量脱贫攻坚战[EB/OL]. 安徽扶贫网, 2018-08-16.

[6]农村社会保险司. 安徽省提标提档扩面并举推动城乡居民养老保险取得新成效[EB/OL]. 人社部网站, 2018-11-09.

[7]金维加. 在线访谈: 坚决打击套保骗保行为确保新农合基金安全运行[EB/OL]. 安徽省卫生健康委员会网站, 2018-10-19.