



# 中国贫困儿童救助：问题与对策

文/张时飞 唐 钧

**摘要：**贫困儿童主要包括下列四类群体：城乡低保家庭中的儿童、孤儿、受艾滋病影响的儿童和低收入家庭中的儿童。它们的逻辑关系大体是：低收入儿童规模最大，低保儿童外延次之，随着社会救助制度的不断完善，低保儿童与孤儿、受艾滋病影响的儿童的重叠部分会日益扩大。目前，不少贫困儿童仍被排斥在救助范围之外，部分贫困儿童的生活依然比较困难，贫困儿童救助政策不平衡，贫困儿童非义务教育阶段的教育费用亟待解决，贫困儿童的家庭养护仍未引起足够的重视。应充分关注这些问题，不断完善社会救助制度和儿童福利制度。

**关键词：**贫困儿童；社会救助；对策建议

**中图分类号：**F302.2 **文献标识码：**A **文章编号：**1006-0138(2009)06-0059-03

贫困儿童是“贫困家庭儿童”的简称。本文把贫困儿童聚焦于下列四类群体：城乡低保家庭中的儿童（简称“低保儿童”）、孤儿、受艾滋病影响的儿童和低收入家庭中的儿童（简称“低收入儿童”）。它们的逻辑关系大体是：低收入儿童规模最大，低保儿童外延次之，随着社会救助制度的不断完善，低保儿童与孤儿、受艾滋病影响的儿童的重叠部分会日益扩大。

## 一、中国贫困儿童救助存在的突出问题

（一）不少贫困儿童仍被排斥在救助范围之外

1. 低保儿童。调查发现，部分贫困儿童即便符合当地的城乡低保条件，但由于政策之间的衔接问题，目前仍被排斥在低保制度之外。最为突出的是超计划生育困难家庭的儿童。以广东为例，按照《广东省城乡居（村）民最低生活保障制度实施办法》规定，违反《广东省计划生育条例》未采取补救措施的，不予批准享受低保。而超生的家庭，有相当一部分是困难家庭，有的是单亲家庭，一个家长带着二三个小孩，交不起超生应交的社会抚养费，但家庭生活确实困难，亟需政府给予帮助。为缓解他们的困难，当地的做法是采取临时困难救助的办

法，适当补助一点，但长期下去，必然会影响儿童的健康成长。

2. 孤儿。据调查全国尚有 20 余万，即接近总数三分之一的孤儿没有得到经常性的制度救助。其中，情况最严重的河南省，仅有 48% 的城市孤儿和 23% 的农村孤儿获得了救助，孤儿未得到救助的比率高达 64.4%。青海和安徽两省未得到救助比率也超过 50%。

3. 受艾滋病影响的儿童。受艾滋病影响的儿童的确定与统计工作非常困难。有相当一部分地方不愿意提供有关情况，致使民政部门无法实施救助。有研究显示，截至 2006 年，云南省只有 6 个州市填报名单，统计造册，而其余州无法提供相关资料。<sup>[1]</sup>有的地方在统计数字时，未能将全部受艾滋病影响的儿童完全涵盖在内，造成统计数据不准确。

4. 低收入儿童。在城乡低保儿童生活得到基本保障的情况下，低收入儿童（或曰低保边缘家庭中的儿童）的贫困问题日渐突出。这是因为，低保边缘户多是家庭平均收入高于当地低保标准，但由于家庭中有重病人或未成年子女正在接受教育，支出较大，实际生活水平反而低于低保线。这些家庭因不符合低保条件，生活其中的儿童不仅无法享受低保待遇，而且也不能享受与低保有关的其他社会救

助。

（二）部分贫困儿童的生活依然比较困难

1. 低保儿童。整体看，城乡低保儿童的生活保障水平不高。这可从保障标准、月人均补差水平，以及低保标准与贫困线的差距三个方面衡量。

从保障标准来看，截至 2007 年 6 月，全国城镇低保平均标准为 177 元/人·月，农村低保平均标准 71.4 元/人·月，农村特困救济平均标准 486.6 元/人·月。显然，靠现行低保标准，城乡低保儿童仅能维持最低限度的吃饱穿暖的生活，其他应有的需要很难顾及。

全国六成以上的涉农县（市、区）的低保儿童，即便享受了全额待遇，其生活也处于国定贫困县之下。西部地区的比例更超过八成。

由于现行低保标准的基数过低，即便按现有分类救助政策的两个最高标准推算，城乡低保儿童的生活窘困局面并不会发生实质变化。事实上，在农村地区实行分类救助政策的县（区、市）为数很少。

2. 孤儿。相对于城乡低保儿童，失去父母的孤儿生活更为艰苦。据民政部调查，截至 2005 年 4 月，全国孤儿年人均救助额不足 2000 元。河南省提供的数据更为详细。目前，全省城市孤儿享受的制度性救助主要是城市最低生活保障金，平均每人每年 1311 元。占孤儿总数绝大多数的农村孤儿获得制度性救助的方式主要有三：一是农村五保供养制度，这也是最主要的方式，全省平均每人每年 1110 元；二是农村最低生活保障制度，全省平均为每人每年 360 元；三是农村特困户救助制度，全省平均每人每年 291 元。<sup>[2]</sup>

据调查，河南省农村儿童的正常

抚养成本每年至少在 2000 元左右, 对于上高中的孤儿, 每年的学杂费、住校费、生活费至少需要 3000 元以上,<sup>[3]</sup> 基层民政干部不得不使用救灾款物对这些孤儿进行少量的、临时性的生活照顾。

3. 受艾滋病影响的儿童。对受艾滋病影响的儿童, 全国普遍的做法是把他们全部纳入城乡低保制度。然而, 救助标准与农村儿童正常抚养成本比较, 则显得颇为不足, 何况这些孩子是受艾滋病影响的具有特殊需要的儿童。

### (三) 不利于贫困儿童保护的不平衡的救助政策

这主要表现在贫困儿童救助政策的城乡、区域不平衡上。以低保儿童为例, 全国农村低保平均标准仅是城市低保平均标准的 40.1%。其中: 东、中、西部农村低保平均标准占城镇低保平均标准的比例分别是 48.3%、36.2% 和 31.9%。若从月人均补差看, 城乡差距问题更趋严重。资料显示, 截至 2007 年 6 月, 全国农村低保月人均补差 (28 元) 仅是城市低保月人均补差 (92 元) 的 30.4%, 不足三分之一。分地区看, 东部地区城乡低保标准明显高于中西部地区。

### (四) 贫困儿童的医疗救助政策有待完善

1. 起付线的设计使大部分贫困儿童不能得益。现在的制度设计, 大多采用了“起付线”的救助门坎, 这将大部分贫困儿童挡于医疗救助的大门之外。贫困儿童要想获得医疗救助, 必须首先自己设法支付医疗费用。在报销时, 起付线这道门坎, 常常高达数百元, 甚至一、二千元。这对已经陷入贫困的儿童及家庭来说, 是一道难以逾越的障碍。

2. 封顶线的限制使贫困儿童得益甚微。即使贫困救助儿童迈过了起付线的门坎, 后面还有一个封顶线的限制, 所以救助标准就被压缩在一个狭小的范围之内。贫困儿童得了大病花费可能是成千上万元甚至高达几十万元。由于封顶线的限制, 他们只能得到几百或几千元的补助, 几乎是杯水车薪。

3. 特殊病种的限定使救助范围大大缩小。大病救助往往还划出一个“病种”范围, 将可以得到救助的疾病限

制在几种到十几种, 患病如果患的是没有列入规定范围的病种就得不到救助。这样, 一些亟需救助的贫困儿童就被排除在救助范围之外。更重要的是, 绝大多数常见病、多发病、慢性病都没有列入可救助的病种, 这个庞大的困难群体仍然被拒之医疗救助的门外。

4. 申请程序和行政程序过于纷繁复杂。医疗救助的实施涉及诸多政府职能部门, 还有医疗服务机构和农村自治组织, 协调难度大, 运行成本 (包括机会成本) 高。各方为了消化自己这一方发生的成本, 都想制定有利于自己的行政程序, 这常常会使制度在实施过程中发生变异, 不但降低效率, 最重要的是会使贫困救助对象望而生畏, 进而放弃治疗。

5. 指定定点医院使救助对象无选择余地。贫困救助儿童只能在政府指定的定点医院就医和住院才能获得救助, 如果患者所患的病定点医院看不了或者没有相应的专科, 因而不得不去其他非定点的但是级别更高、专业更对口的医院就诊和住院的话, 就不能够获得医疗救助。总之, 以上种种限制, 实际上使贫困救助儿童可以选择的余地小到了极点, 既不利于缓解贫困救助儿童医疗费用方面的困难, 也不利于医疗机构提供价廉质优的服务。

6. 医疗救助资金严重不足难以实现保障目的。从资金总量看, 2006 年, 全国医疗救助的资金总量约为 14 亿, 城市 5 亿, 农村 9 亿, 就开支巨大的医疗费用而言, 犹如杯水车薪。从救助水平看, 2006 年, 全国人均医疗救助支出, 农村仅 70 元, 城市为 348 元。事实上, 很多贫困儿童在医疗救助资金用完之后, 就不得不出院回家, 听天由命。

### (五) 贫困儿童非义务教育阶段的教育费用亟待解决

目前贫困儿童九年义务教育阶段基本实现“两免一补”, 但贫困儿童非义务教育阶段的教育费用亟待解决。解决这个问题意义重大, 因为如果他们就读中等职业技术学校, 则就业近在咫尺; 如果他们就读普通高中, 则有希望上大学甚至获取更高学位, 从而走出贫困陷阱。

### (六) 贫困儿童的家庭养护仍未引

起足够的重视

1. 低保儿童。目前, 城乡低保家庭的儿童养护功能弱化明显。这突出表现在低保家庭的结构上。根据民政部最低生活保障司汇总的六个省份 (东、中、西部各两个) 资料, 截至 2007 年 6 月, 六省份城镇低保对象共计 4139204 人, 其中: 处劳动年龄段未就业人口占 21.2%, 灵活就业人员占 20.9%, 在校学生和学龄前儿童占 22.1%, 其他人员 (主要是老人) 占 27.7%。由此可以看出, 城镇低保儿童的主要照料者和监护人要么无业在家, 要么从事的是临时、低收入、不稳定的工作, 他们对于子女的养护能力和精力大为削弱。

2. 孤儿。失去父母的儿童, 无疑需要类似家庭的替代性养护。孤儿替代性养护有四种形式, 从全国性调查情况看, 全部孤儿中, 目前生活在国有儿童福利机构中的, 主要是城市孤儿。农村孤儿养护以分散供养为主, 亲属家庭供养占到了农村孤儿的 80% 以上, 主要由他们的祖父母进行照料。极少数孤儿由民间慈善机构抚养。<sup>[4]</sup>

上述模式带来的问题主要由两个: 一是由于亲属抚养尤其是祖父母作为养护人所占比例很大, 儿童的养护质量有待评估。二是有些孤儿寄养到亲属家庭之后, 不仅增加了养护负担, 经济上也为亲属增加了很多支出, 导致寄养家庭出现内部矛盾, 如夫妻不和等。在这种情况下, 被寄养的儿童很难获得健康成长的精神环境。<sup>[5]</sup>

3. 受艾滋病影响的儿童。受艾滋病影响儿童的养护问题更为特殊, 也更难解决。首先, 艾滋病首波打击的就是儿童生活和成长最重要的环境: 感染者和患者的家庭。艾滋病使这些家庭的经济资源耗尽和社会资本耗尽。有研究显示, 在卖血和吸毒导致的艾滋病传染的两种情况下, 资源耗尽的方式有所区别, 结果则是一样的。在卖血的地区, 艾滋病家庭普遍欠有外债, 欠债家庭的比例是 80% 左右, 欠债的幅度从以几千元到 1 万多元的居多, 有的还高达 2 ~ 3 万元, 个别的可接近 10 万元。从前景上看, 艾滋病家庭已经失去了大部分的劳动能力, 对于债务没有太大的偿还能力。在吸毒地区, 吸毒者最初是当地相对富裕的人。由于吸毒, 几乎所有的吸

毒者最后都将积蓄花光、家产变卖、粮食变卖，到了最后，只能是去借、去偷、去抢了。因此，这些家庭的贫困和艾滋病没有必然的联系。没有太多的外债，原因是没有人愿意借款给他们、也没有人有能力借给他们。所以，最终吸毒者的家庭往往是家徒四壁，一贫如洗。其次，在卖血导致艾滋病的地区，常常见到整个家族卷入艾滋病漩涡中的情形。上世纪90年代中期卖血的时候，往往由亲属相互介绍参与卖血，因此，艾滋病循扩展家庭的网络传播。结果是，当一个艾滋病家庭遭受灾难时，最有可能帮助他们的亲属家庭也处于灾难中。进而言之，艾滋病不仅使养护儿童的家庭变得脆弱不堪，也使他们的扩展家庭逼近失效，致使相当部分的儿童无法得到所需的替代性养护。

## 二、加快健全中国贫困儿童救助政策的对策建议

### (一) 举全国之力，对贫困儿童群体进行全面保护

1. 逐步扩展社会救助的覆盖范围。有研究表明，贫困率对贫困线较小的移动具有很高的灵敏性。如果全国贫困线提高15%，全国贫困率会提高72.7%，从城镇人口的4.7%增至8.2%。全国贫困线再提高10%，全国贫困率便会再提高43.2%，从城镇人口的8.2%提高到11.1%。<sup>[7]</sup>进而言之，通过适度提高救助标准，有助于把排斥在现行救助制度框架外的部分低收入儿童纳入其中，以舒缓他们面临的贫困处境。

针对超计划生育困难家庭的儿童，可行的办法是：对那些采取了补救措施，符合现行计划生育政策规定的贫困儿童，要及时纳入城乡低保制度；对那些仍未采取补救措施的贫困家庭中的儿童，要通过临时救助等方式以确保他们正常的生活和学习。至于受艾滋病影响儿童救助中出现的问题，当务之急是全面掌握这一群体的基础信息。在条件允许的情况，各地乃至全国应对受艾滋病影响的儿童展开一次全面的摸底调查。

2. 建立贫困儿童基本生活保障制度。建立全国性的贫困儿童生活保障制度，对所有贫困儿童进行生活救助，现实的理由至少有几个：第一，

有助于斩断高风险贫困家庭给生活其中的儿童带来的直接影响。由于儿童的生存和发展完全依赖家庭其他成员，任何与家庭相关的风险，包括家庭照顾者个人的和环境的因素，都会使他们受到直接的影响，特别会使儿童的成长环境面临很多不确定的因素。第二，有助于破除现行政策体系中的一个明显悖论，即一方面政策赋予家庭以重要的社会保护责任，使家庭在社会保护体系中起着核心作用。<sup>[8]</sup>另一方面，家庭又是儿童获得社会救助的主要障碍，如城乡低保、农村五保以户为单位确认资格条件，部分寄养孤儿难以得到救助。第三，有助于平衡社会救助的城乡、地区差距。制度统一、标准有别的贫困儿童生活救助制度，不仅能避免贫困地区政府要勒紧腰带挤出钱来进行特殊救助（或者是干脆不救助）的尴尬局面，也有助于缩小城乡之间、地区之间、贫困群体之间救助水平的差距。四是把低保儿童、孤儿、受艾滋病影响的儿童纳入统一的生活救助制度，能有效避免因对象识别带来的负面效果。

3. 启动为所有儿童设立“个人发展账户”的研究工作。个人发展账户的实质是“资产账户”，理论基础是美国学者上世纪90年代初倡导的“资产建设”。其基本设计是：政府为所有儿童提供一份相同数额的开户存款，贫困儿童还可获得一定数额的存款补贴。儿童的家人、亲属和朋友每年还可以在这一账户上另外注资，未达上限，免交税款。这些钱将一直保留在账户上，直到儿童18岁时才能自由动用。

### (二) 支持和重建家庭，改善贫困儿童群体的成长环境

支持和重建贫困儿童家庭有以下两种方式：

1. 经济上支持家庭。根据现行制度设计，城乡低保、农村五保均是以户为单位确认资格条件的。我们建议：对寄养、领养家庭的孤儿群体，可采用国际上通行的类型救助方法，在确认获得救助的资格条件时，不考虑这些家庭的经济条件；对城乡低保儿童，分类救助应实行普惠制。

2. 服务上帮助家庭。目前，贫困家庭未成年人子女上学难的焦点已

经转移到高中阶段。为此，我们建议，尽快对全国处高中阶段的贫困儿童实施免费教育，使这些孩子能够获得一个适当的人生起点。事实上，这一建议也符合党的十七大关于“加快普及高中阶段教育”的精神。

帮助贫困家庭成员能看病就医，是支持和挽救家庭的重要举措。具体建议是：首先，铺设一条能够帮助贫困人口跨越进入医疗保障领域的主体制度（如现行城镇职工医疗保险制度、城镇居民基本医疗制度、新型农村合作医疗制度以及拟议中的医改方案）制度上和经济上的障碍和门坎的“绿色通道”，使这些制度能够惠及贫困人口。其次，帮助贫困家庭分担一部分在主体制度负责解决的医疗费用之外的费用，譬如医疗卫生领域的各类现行制度中都存在的“个人负担部分”。再次，尽可能地用其他方式，譬如通常由政府组织的社会帮困、民间运作的慈善事业，以及市场运作的商业保险，等等，尽可能地在经济上帮助贫困家庭中患病的家庭成员进行必要的诊治。总之，就是要以医疗救助为“粘合剂”，将现在尚且未能整合成一体医疗保障制度整合起来，为贫困人口提供说得过去的医疗服务。

### 参考文献：

- [1] 张慧. 云南省艾滋孤儿救助问题的探讨[J]. 中南民族大学学报(人文社会科学版), 2006, (6).
- [2][3][5] 河南省孤儿状况调研组. 河南省孤儿状况调查报告[J]. 河南民政信息, 2007, (7).
- [4] 尚晓援, 程建鹏. 中国孤儿状况分析[J]. 青年研究, 2006, (10).
- [7] 中国城镇贫困研究课题组. 城镇贫困: 中国发展的新挑战[M]. 北京: 经济科学出版社, 2003.
- [8] 张秀兰, 徐月宾. 建构中国的发展型家庭政策[J]. 中国社会科学, 2003, (6).

### 作者简介：

张时飞，中国社会科学院社会政策研究中心副秘书长，副研究员，北京市，100732。

唐钧，中国社会科学院社会政策研究中心秘书长，研究员，北京市，100732。

责任编辑 嘎日达