

老年多维贫困测量:概念与视角的转换

——基于 A-F 法及 CLASS 数据的实证分析

韩振燕¹,夏林^{1,2}

(1. 河海大学公共管理学院,江苏南京 211100; 2. 安徽马鞍山市博望区丹阳镇人民政府,安徽马鞍山 243000)

摘要:在人口老龄化趋势不断加剧与精准扶贫发展背景下,老年贫困问题日益成为社会关注的重点和难点。识别并缓解老年贫困,是检验社会文明和发展程度的重要标志。基于多维贫困理论,运用 Alkire-Foster 方法构建老年多维贫困测算模型。依据 2014 年中国城乡老年人生活状况抽样调查数据(CLASS),以 11 个省(区)老年人为研究对象,从经济收入、住房保障、健康程度、养老服务、可行能力、社会参与、精神状态等 7 个维度进行测算。结果表明:收入并非老年贫困唯一致因,随着维度增加,老人贫困规模扩大、贫困程度加深;城乡、区域多维贫困差距增大。因此,应加强对老人贫困多维度识别与测量,对不同类型贫困老人提供“问题响应型”或“需求响应型”等多样化帮扶措施,有针对性地构建多主体、分类分层的帮扶网络和保障体系。

关键词:贫困老人;多维贫困;贫困测量模型;A-F 法

中图分类号:C924.24;D669.6 **文献标志码:**A **文章编号:**1671-4970(2019)02-0079-08

一、文献综述与问题的提出

贫困与反贫困是社会长期存在的现实问题,也成为各国政府面临的共同责任。在我国经济发展取得巨大进步的同时,经济资源缺失或分配不公平所造成的绝对贫困与相对贫困仍旧存在。伴随着身体机能的正常衰退、劳动能力降低,老年人与经济发展

部分的生产部门逐渐脱离,家庭支持不足,老年人口贫困风险加剧;人口老龄化程度加大更凸显我国老年人口贫困问题。第六次全国人口普查显示,60 岁及以上人口为 177 648 705 人,占比 13.26%,比第五次全国人口普查结果上升了 2.93%,老年抚养比由 10.7% 上涨到 13.1%。我国根据新时期扶贫开发实践和贫困问题的总体特征,提出精准扶贫战略,改

收稿日期:2018-11-12

基金项目:江苏高校哲学社会科学研究基金(2017SJB0558);河海大学中央高校基本科研业务费专项(2018B30814)

作者简介:韩振燕(1965—),女,安徽蒙城人,教授,从事老年社会保障研究。

变粗放式扶贫方式,通过对贫困家庭和贫困人口精准帮扶,实现脱贫。但在对贫困老人的帮扶与支持措施中,目前的识别标准均以收入为基准(例如,低保托底要求家庭年人均纯收入低于当地最低生活保障标准;精准治贫以家庭收入低于扶贫线为标准),随着2020年打赢脱贫攻坚战,实现农村贫困人口全部脱贫目标的确立,为促进全体人民共享改革发展成果,满足人民美好生活需要,仅从经济层面解决贫困老人的问题具有狭隘性。关注并解决贫困老人的生存及发展问题具有现实意义。

国外关于贫困老人救助的研究日益深入,从经济收入贫困到能力贫困再到权利贫困,经济学和社会学从不同的层面展示了贫困的多样性,社会目标的重要性逐步强化,不再局限于经济增长的考量;相对应地,贫困的测量也从单维的经济指标向多维的健康卫生、精神关爱等指标转变。阿玛蒂亚·森在研究贫困成因时发现,可行能力的被剥夺是导致贫困存在的深层原因,在能力贫困视域下应该关注交换权利以及经济结构之间的互动^[1]。Alkire等为各个维度设定了贫困标准,划分出贫困维度临界值,以此定义贫困群体是在多维度上处于贫困状态的人,即为双界线法^[2]。Battiston等不仅对6个拉美国家进行多维贫困水平的测量,还就贫困救助效果开展了追踪研究^[3]。

国内关于老年贫困问题的研究也逐步向多维贫困发展。韩振燕等在对精神贫困的空巢老人进行调查时,明确要从社会支持网络的健全、社会参与方面的增权来发展老年社会服务,改善空巢老人的心理状态^[4]。呼吁以制度保障贫困老人权益的理念已成为学者的共识,陈友华等指出养老社会保障制度的改革才是应对老年贫困的根本,提出要从3个方面加强老年人的救助工作:长期生活援助,分类专项救助、临时紧急援助^[5];王三秀将能力贫困治理作为老年贫困治理的基本理念和目标,探索和实践老年能力贫困治理的新路径^[6]。以法律政策形式规范帮扶工作,有利于保障贫困老人权利,林闽钢指出在进一步完善《社会救助暂行办法》框架基础上,推动更高层次《社会救助法》出台,实现社会救助从行政主导向权利主导的转型目的^[7]。

目前社会主要矛盾已经发生转变,人民日益增

长的美好生活需要和不平衡不充分的发展之间的矛盾成为社会关注点,随着脱贫攻坚战深入开展,2020年后,在消除绝对贫困基础上,如何减少相对贫困、实现“打赢”向“打好”转变,值得我们深入思考。在人口老龄化日趋加剧的背景下,瞄准不同生活状态的老年人的需要,及时调整政策支持的方向和力度,充分发挥政府和市场两种力量,在保障经济贫困老人免费、低偿的服务帮扶同时,为非经济贫困老人提供具有市场化、个性化的服务帮扶,有利于提升政策执行效率和效果,提升老年人尊严和幸福感。实际上,老年贫困不仅是一种经济现象,更是一个社会工程,仅从经济或物质层面考量老年贫困问题存在局限性,从多维贫困角度客观评估贫困及动态变化趋势,能更好地反映贫困群体的生活状况。因此,本文基于多维贫困理论,将研究对象瞄准老年贫困群体,丰富贫困老人的内涵,并通过经济收入、住房保障、健康程度、养老服务、可行能力、社会参与、精神状态等7个维度进行贫困测量,探究老人的贫困问题。

二、多维贫困理论、概念与维度划分

1. 理论基础

多维贫困理论认为,家庭或个体的贫困不仅表现在收入水平上,还可能存在教育、健康、住房等多个维度的贫困;识别贫困时,不仅要考察个人及家庭的资源拥有程度,还要评估其获取资源的能力以及资源在社会机会中的分布。印度学者阿玛蒂亚·森在其提出的“能力方法”中阐明,货币性收入水平低不能完全解释贫困的成因,其他维度的被剥夺才是导致家庭或个人贫困的根源。基于“可行能力”视角,阿玛蒂亚·森提出了多维贫困理论,从主客观层面深化了对贫困问题的认识,并将福利经济学的一维视野拓展到多维领域^[1]。阿玛蒂亚·森在这一理论支持下积极推动多维贫困的度量。如联合国开发计划署将人类贫困指数(HPI)作为多维贫困衡量的标准,包括针对发展中国家的HPI-1指数和针对发达国家的HPI-2指数,不仅衡量与人类发展指数(HDI)相同维度的因素,如健康生活、经济、教育,还包括了参与和社会包容等其他方面的因素。此后,该理论在如何进行多维贫困测度方面继续深化发展;Alkire等提出了A-F法来分析多维贫困,目前已

成为多维贫困测度的主流方法,受到国际组织和政府的广泛认可及采纳^[2];王小林等用 A-F 法衡量住房、教育、健康保险等 8 个维度的贫困状态^[8];高翔等对农村老人收入、健康、新农合参与情况进行了多维考察^[9]。多维贫困理论在人类发展水平测量、国家贫困程度对比等领域应用较广,并逐步拓展深入对特定群体多维贫困的研究,如儿童多维贫困、老人多维贫困等,贫困理论由单维向多维的发展具有必然性。

2. 概念厘定

目前,关于贫困老人的概念尚未有明确统一的界定。贫困内涵存在狭义与广义之分,从狭义的角度来看,如果老人的经济收入在绝对贫困划定的标准以下,即可被判定为贫困老人,即年收入低于 2300 元的被定义为贫困老人^①。杨菊华等关注老年群体在经济上的绝对贫困,将低于绝对经济贫困标准以下的老年群体定义为贫困老人^[10]。从广义来说,健康、精神、社会参与等方面处于困境的老年群体也是需要帮扶的对象,仇凤仙将贫困老人界定为年龄在 60 岁及其以上的、基本生活需求得不到保障、丧失获得资源和机会的可行能力甚至是缺乏保护或被社会排斥的群体^[11]。

因此,本文基于多维贫困理论,认为贫困老人是指在收入、健康、精神、社会参与等方面符合贫困标准或处于困境、缺乏社会保护、年龄处于 60 岁以上的群体,即老人有生存型贫困与发展型贫困等不同状态,其中生存型贫困老人主要是经济绝对贫困者,

这部分群体由于收入水平低,无法保障日常生活开支;发展型贫困老人范围不仅包括经济困难的老年群体,也包括有一定经济能力但其他相关养老需求有待满足的群体。

3. 维度划分

国外多维贫困测量的范围一般包括收入、住房、用电设施、卫生设施、教育年限、社会保险等;国内学者进一步结合老年群体特征进行维度划分,江燕娟等的研究表明,传统的以经济收入水平为划分方法已经不能全面反映老人的特征状况,基于可行能力理论,将老年贫困分为经济、能力及精神 3 个维度^[12];丁百仁发现,失能老人幸福感普遍不高,幸福感的缺失一方面是由可行能力丧失导致获得经济物质的能力丧失,另一方面,多维贫困也导致了心理与社会参与的需求不足^[13]。乐章等从健康程度、精神孤独状态以及经济贫困 3 个维度研究老年群体的贫困,明确家庭与社会应在防范老年贫困问题上发挥积极作用^[14]。

本文以多维贫困理论为基础,运用 A-F 法对老人的多维贫困进行测算识别,综合较常采用的多维贫困测量维度、联合国千年发展目标对各个具体指标的相关技术规定以及老年群体典型特征等,主要从经济收入、住房保障、健康程度、养老服务、可行能力、社会参与、精神状态等 7 个维度提出老人多维贫困的分析框架(图 1)。老人贫困各维度被剥夺临界值采用等权重方法确定,即各维度是等权重的,每一维度内部的指标也是等权重的,如表 1 所示。

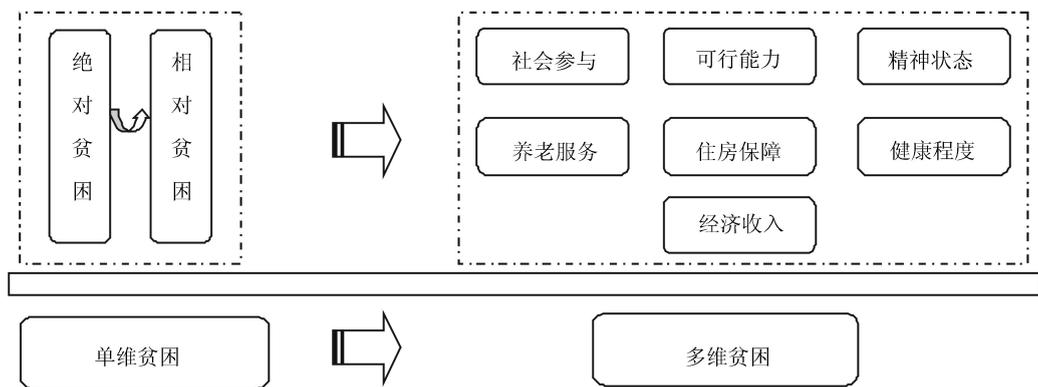


图 1 老人多维贫困分析框架

①按 2012 年 11 月中央扶贫开发工作会议确定的国家扶贫标准。

(1) 经济收入

经济收入是保障养老生活的重要因素,老人收入水平的高低直接关系到其养老的基本需求能否得到满足。参照2012年全国统一的贫困线标准2300元(2010年不变价),如果低于此标准,则被视为收入贫困,赋值为1。

表1 各维度被剥夺临界值

维度	被剥夺临界值
经济收入	老年人收入低于2300元,赋值为1
住房保障	没有自己的住房,或者不能从政府等组织获得,赋值为1
健康程度	若为“比较不健康”或“很不健康”,赋值为1
养老服务	有需求但没有使用或购买过任何一项养老服务,赋值为1
可行能力	需要别人在生活起居方面提供护理帮助,赋值为1
社会参与	无社会参与行为,赋值为1
精神状态	精神状态赋值总分大于13,赋值为1

(2) 住房保障

住房是影响老人生活质量高低的因素之一,一般从人均住房面积等判定^[15],同时还有考虑住房拥有数量、住房排斥、居住区域边缘化等^[16]。若老人在没有自己住房的情况下,也不能从政府、单位等获得住房^①,则属于住房贫困,赋值为1。

(3) 健康程度

老人的身体机能随着年龄增加呈现衰退现象,发生疾病的风险增加;而“健康老龄化”是强调要延长自理老人的健康状态。因此,将老人主观健康自评纳入考察,若为“比较不健康”或“很不健康”,赋值为1,是健康状态维度上的贫困。

(4) 养老服务

以老人是否使用过三类服务为判定标准^②。一是基本生活服务,包括上门做家务、老年饭桌或送饭、帮助日常购物、日托站或托老所、法律援助;二是医疗或照护帮扶,主要有上门探访、陪同看病;三是精神帮扶,如老年人服务热线、心理咨询。如老人及其家庭有养老服务需要(如老人失能或半失能),由于服务供给不畅通、不充分等,没有使用或购买过任何一项养老服务,则视为该维度的贫困,赋值为1。

(5) 可行能力

老人的可行能力贫困,劳动、生活自理等能力退化或丧失,在维持生存、身体健康、社会参与等方面

存在困难,Fafchamps等发现有一种显著的消极效应存在于老人的个体主观幸福感中,即身体失能的影响^[17]。所以,区别于健康程度维度下的老人疾病状态,突出强调老人可行能力贫困。若老人在生活起居上(如吃饭、洗澡、穿衣、上厕所、康复护理等)需要别人提供护理帮助,则视为贫困,赋值为1。

(6) 社会参与

老人的社会参与意味着老年群体以就业劳动、社区社会活动、闲暇活动等形式与社会保持接触,有利于丰富老人生活,增强自信心。老年群体不仅是在经济发展部分处于“脱域”状态^[5],由于身体机能等原因,与社会也存在“排斥与被排斥”现象。因此,若老人最近一个月从未有过社会参与行为,如区域选举、社区治安巡逻、环境卫生保护、调解纠纷、陪同聊天、文娱活动、邻里帮助、志愿服务等,则赋值为1。

(7) 精神状态

老人的精神状态受到性格、思想和心理等因素的影响,精神贫困老人主要表现为心情不好、孤独、难过。过去一周您觉得自己心情不好吗?过去一周您觉得自己不中用了吗?过去一周您觉得自己没事可做吗?过去一周您觉得孤单吗?过去一周您觉得自己没人陪伴吗?过去一周您觉得自己被别人忽略了吗?过去一周您觉得自己被别人孤立了吗?过去一周您觉得心里很难过吗?从以上8项指标赋值来判断老人精神状态,每项回答均分别赋值为“没有”1分,“有时”2分,“经常”3分,总分值在8~24,得分越高,则表示精神状态越贫困,当总分大于13时,赋值为1。

三、数据来源与方法

1. 数据来源

数据来源于2014年中国城乡老年人生活状况

①指老人无自住房或得不到政府、组织、个人或家庭等帮助。不包括以下相关情况:子女出资购买老人住房;子女以赡养、照料老人为条件,老人把房产过户到子女名下;老人把房子抵押给金融机构或租赁等。

②指老人及其家庭有养老服务迫切需要前提下的使用或购买状况(含政府购买),下同。

抽样调查 (CLASS), 调查范围覆盖全国 29 个省 (区、市), 数据是根据绘图抽样的方法获得的样本情况, 是对某一社区展开实地绘图确定抽样框及样本, 并在此基础上进一步开展入户访谈, 实现入户访谈的科学性和有效性。本文选取了 11 个省 (区), 共计样本为 4 586 人, 从性别、年龄、城乡、地区等方面进行样本划分, 样本特征状况见表 2。

表 2 中国老人样本特征

类别	特征	样本数量/个	百分比/%
性别	男	2 098	45.75
	女	2 488	54.25
年龄组 (岁)	60-69	2 282	49.76
	70-79	1 537	33.52
	80-89	708	15.43
	90 岁及以上	59	1.29
城乡	城市	2 320	50.59
	农村	2 266	49.41
省 (区)	浙江	497	10.84
	江苏	503	10.97
	山东	599	13.06
	河南	600	13.08
	湖北	586	12.79
	安徽	407	8.87
	广西	400	8.72
	贵州	295	6.43
	云南	399	8.70
	甘肃	200	4.36
青海	100	2.18	

2. A-F 法测算模型

A-F 法由 Alkire 等于 2007 年提出, 是一种作为衡量贫困和福利较为成熟的多维贫困计测方法。A-F 方法下的维度、权重以及临界值可以根据研究问题的实际情况灵活设置, 它有 5 个步骤, 包括维度取值、权重设置、贫困识别、贫困加总以及维度分解, 为多维贫困问题的具体测量研究提供了一种新的框架思路。A-F 法修正了传统的 F-M 指数测算方法, 即不再只强调贫困是一个维度上的被剥夺, 而是通过多维贫困理论, 更进一步地建立贫困的多维剥夺概念, 指出贫困群体的识别是在多个维度上同时存在被剥夺现象的。其中有 3 个重要的多维贫困指数: 贫困发生率 (M_0)、贫困距 (M_1) 及贫困距平方 (M_2)。识别通过“双重临界值” (剥夺临界值和贫困临界值) 来实现。运用 A-F 法对 CLASS 中的样本数据进行定量分析, 从经济收入、住房保障、养老服

务、健康程度、精神状态、可行能力、社会参与等 7 个维度, 揭示在单维贫困和多维贫困不同衡量方法下, 老人生活状态的差异性, 进一步阐明多维贫困治理的必要性。具体测算步骤如下:

(1) 维度取值

根据 A-F 法, 首先要对拟定的维度进行取值, W 是 $n \times d$ 维矩阵, 有矩阵元素 $y \in W_{n,d}$, 指 n 个样本在 d 个维度上取得的值。其中, y 中任一元素 $y_{ij} (i = 1, 2, \dots, n; j = 1, 2, \dots, d)$, 表示个体 i 在维度 j 上的取值。

(2) 贫困识别

一是单维度贫困测算。需要对每一维度贫困进行识别, 用 $z_j (z_j > 0)$ 表示贫困线, 是指第 j 个维度被剥夺的临界值。这里定义关于矩阵 y 的剥夺矩阵

$$g^0 = [g_{ij}^0], g_{ij}^0 = \begin{cases} 1 & y_{ij} \geq z_j \\ 0 & y_{ij} < z_j \end{cases} \quad (1)$$

并计算单维贫困发生率, 公式为

$$\text{单维贫困发生率} = \frac{\text{单维度下贫困样本数}}{\text{样本总数}} \times 100\% \quad (2)$$

二是多维贫困识别。在剥夺矩阵 g^0 方面进行定义, 以一个列向量代表个体数, 其中, i 忍受的总贫困维度第 i 个元素的值为 $c_i = g_i^0$ 。此外, 多个维度 (k) 被剥夺的识别, 需要同时考虑 $k (k = 1, 2, \dots, d)$ 个维度, 样本个体是否存在被剥夺; 另 ρ_k 是考虑 k 个维度时识别贫困的函数。

$$\rho_k (y_i; z) = \begin{cases} 1 & c_i \geq k \\ 0 & c_i < k \end{cases} \quad (1 \leq k \leq d) \quad (3)$$

(3) 维度加总

对已识别出的各维度的贫困进行加总, 从而得到多维综合指数。根据计算公式 $H = H(y, z)$ 、 $H = q/n$ 获得多维贫困发生率 (H) 的具体数值, q 表示的是在 z_k 下的贫困样本个体数, 也就是同时存在的 k 个维度贫困的样本个体数; 表示贫困人口群体综合贫困状况的多维贫困指数 (M_0) 指标与表示贫困个体多维贫困状况的贫困发生率 (H) 指标、表示贫困深度的平均贫困剥夺份额 (A) 指标有如下关系:

$$M_0 (y; z) = \mu (g^0 (k)) \quad M_0 = \mu (g^0 (k)) = HA \quad (4)$$

其中 $A = |c(k)| / qd$

(4) 维度分解

按照维度、城乡及区域等对多维贫困指数进行分解,测算不同 k 值下,7 个维度、城乡、区域对老年贫困的影响程度,以贡献率表示。其中,以维度分解为例, s 为老年贫困 7 个维度的数据矩阵 ($s=1,2,\dots,7$), $n(s)$ 为 s 个维度下的样本数,则:

$$M_0(s;z) = \frac{n(1)}{n(s)}M_0(1;z) + \frac{n(2)}{n(s)}M_0(2;z) + \dots + \frac{n(7)}{n(s)}M_0(7;z) \quad (5)$$

四、测算结果

1. 单维贫困测算

通过对每一维度单一测算,发现老人不仅在经济收入上存在贫困可能性,在养老服务、精神状态、社会参与等维度上也可能发生贫困(表 3)。从全国范围看,老人在养老服务、精神状态和社会参与维度上单维贫困发生率均较高,其中有 59.6% 的老人没有使用或购买过任何一项养老服务,53.1% 的老人经常感到孤独。从城乡看,城乡单维贫困发生率不尽相同,城乡老人在养老服务、精神状态和社会参与方面趋于一致,均呈现贫困状态;而在经济收入上城乡差异较大,农村老人仍存在经济贫困。

表 3 老人单维贫困发生率 %

维度	全国	城市	农村
经济收入	32.2	19.2	45.5
住房保障	17.0	15.5	18.6
健康程度	28.9	22.5	35.4
养老服务	59.6	51.0	68.4
可行能力	21.7	23.4	20.0
社会参与	46.0	45.2	46.9
精神状态	53.1	45.8	60.6

2. 多维贫困测算

单维贫困测算结果表明,11 省(区)的老人在经济收入维度上的贫困发生率远低于养老服务等维度,这就意味着收入之外的其他维度在贫困贡献方面的表现突出,对老人生活影响深远,而老人的多维贫困测度能更直观呈现该群体的生活状态。

根据上述方法,就 11 个省(区)老人进行 7 个维度的贫困状况测算显示,随着经济收入、住房保障、养老服务、健康程度、可行能力、社会参与、精神

状态等维度的不断增加,贫困发生率(H)和多维贫困指数(M_0)持续下降,平均贫困剥夺份额(A)上升趋势明显。由表 4 可见,贫困维度 $k=1$ 时,7 个维度中任一维度存在贫困的老人占比高达 95.7%, $A=0.386$, $M_0=0.369$,随着贫困维度增加,贫困发生率和多维贫困指数显著下降,而平均贫困剥夺份额升高。 $k=7$ 时,贫困发生率和多维贫困指数最低,平均剥夺份额最高。同时,老人多维贫困测算结果发现:在传统的以经济收入为单一贫困划分维度时,老人贫困发生率为 32.2%;而将健康程度、养老服务等维度纳入后,老人贫困发生率陡增,由此产生的差距也必定带来贫困老人覆盖范围的缺失,或意味着有更多的贫困老人应该予以关注与帮扶。

表 4 老人多维贫困测算结果

k	H	A	M_0
1	0.957	0.386	0.369
2	0.756	0.451	0.341
3	0.488	0.542	0.264
4	0.253	0.646	0.164
5	0.101	0.759	0.077
6	0.028	0.875	0.025
7	0.003	1.000	0.003

3. 维度、城乡及区域分解

(1) 维度分解

不同维度 k 值所对应的多维贫困指数不同,且任一 k 值对应的不同维度贫困指数贡献率也存在差距,当 $k=1$ 时,多维贫困指数的贡献率在 7 个维度上具有明显的差异性,随着 k 值的增加,7 个维度贫困贡献率变化的同时,差距也不断缩小,当 $k=7$ 时,各维度的贡献率相等,如表 5 所示。

表 5 老人多维贫困指数以及不同 k 值下每个维度的贡献率

k	M_0	各维度贡献率/%						
		经济收入	住房保障	健康程度	养老服务	可行能力	社会参与	精神状态
1	0.369	13.0	6.9	11.7	24.1	8.8	18.6	21.5
2	0.341	13.2	6.9	11.8	20.6	8.5	18.0	21.1
3	0.264	14.9	7.5	13.3	17.6	8.8	16.9	21.0
4	0.164	16.0	8.3	14.2	15.6	9.8	16.2	20.0
5	0.077	16.4	9.4	14.6	14.3	11.4	15.7	18.1
6	0.025	15.2	10.8	14.4	14.8	13.4	15.1	16.3
7	0.003	14.3	14.3	14.3	14.3	14.3	14.3	14.3

(2) 城乡分解

对多维贫困指数进行城乡分解,得到不同 k 值下城乡对多维贫困指数的贡献率,随着贫困维度的增多,城乡多维贫困指数均有下降趋势,且城市贫困贡献率逐步下降、农村贫困贡献率逐步上升,如表 6 所示。这表明贫困维度与城市贫困呈负相关关系,即考虑的贫困维度越少,城市贫困越严重;贫困维度与农村贫困呈正相关关系,即考虑的贫困维度越多,农村贫困越严重。

表 6 不同 k 值下多维贫困指数的城乡分解结果

k	M_0			贡献率/%	
	全国	城市	农村	城市	农村
1	0.369	0.3182	0.4220	42.64	57.36
2	0.341	0.2822	0.4008	37.47	62.53
3	0.264	0.1938	0.3362	27.06	72.94
4	0.164	0.1005	0.2280	17.17	82.83
5	0.077	0.0382	0.1163	10.07	89.93
6	0.025	0.0105	0.0391	6.91	93.09
7	0.003	0.0009	0.0062	1.95	98.05

(3) 区域分解

当存在 3 个维度的贫困剥夺时($k=3$),甘肃、云南以及广西等西部区域的多维贫困指数较高,即在 7 个维度中任意 3 个维度贫困的指数分别为 0.4173、0.4115、0.3604。在维度贡献率方面,各省(区)在 $k=3$ 时呈现出差异化特征。其中东部地区的浙江住房贫困贡献率为 14.4%;中部地区的河南省,除了在养老服务、精神状态、社会参与等方面的贫困贡献率较高外,经济保障的贫困贡献率也达到 18.1%;西部地区的甘肃省在健康状态上的贫困贡献率为 18.6%,如表 7 所示。

表 7 $k=3$ 时各省(区)多维贫困指数及维度贡献率

省(区)	M_0	贡献率/%						
		经济收入	住房保障	健康程度	养老服务	可行能力	社会参与	精神状态
浙江	0.0900	1.6	14.4	14.1	13.1	16.3	15.3	25.2
江苏	0.1917	11.7	9.0	14.5	12.6	12.1	17.0	23.0
山东	0.1948	12.5	7.2	14.7	14.9	10.2	18.2	22.3
河南	0.3313	18.1	6.1	10.0	16.6	7.8	19.7	21.7
湖北	0.2891	14.0	6.1	14.8	15.9	7.6	20.8	20.7
安徽	0.2573	14.1	4.9	16.5	16.6	7.4	19.1	21.4
广西	0.3604	15.6	12.9	12.5	20.4	8.4	10.1	20.1
贵州	0.2658	12.4	5.1	8.8	22.3	12.4	18.0	21.0
云南	0.4115	20.3	7.3	11.4	20.6	7.4	13.9	19.2
甘肃	0.4173	17.0	6.1	18.6	19.7	6.8	13.4	18.3
青海	0.2365	9.7	4.2	16.0	22.9	9.7	20.8	16.7

多维贫困下贡献率的差异,具有显性的政策含义;对贫困老人的帮扶政策及应对措施需要注重老人养老服务需求的满足,着力改善其精神状态,提升老人社会参与度。

五、结论与建议

基于我国经济快速发展、老龄化程度不断加剧以及精准扶贫的三重要求,多维贫困理论强调老年贫困治理应根据实际情况做出相应调整,将衡量贫困的视角向多维延伸。在对全国 11 个省(区)样本老年人生活状态(2014 CLASS)进行测量发现:第一,老年群体多维贫困普遍存在,收入并不是影响老年贫困的唯一因素,老人在住房保障、健康程度、养老服务、可行能力、社会参与以及精神状态等维度上也存在贫困现象。从单维贫困发生率来看,全国经济收入的贫困发生率为 32.2%,而养老服务、精神状态、社会参与 3 个维度上的贫困发生率分别为 59.6%、53.1% 和 46.0%,其中养老服务的贫困发生率居高,表明养老服务供给数量和质量的改善刻不容缓;从多维贫困贡献率来看,将养老服务、社会参与、精神状态、可行能力、住房保障、健康程度等维度也考虑在内,老年贫困规模就更大、程度更深,当 $k=1$ 时,老人贫困发生率达 0.957,贫困剥夺份额为 0.386,多维贫困指数为 0.369。同时,随着维度的增加,虽然老人贫困发生率逐步降低,但贫困程度更深、贫困剥夺份额更大, $k=7$ 时,贫困发生率仅为 0.003,但贫困剥夺份额为 1,这意味着老人多维贫困面临的境遇更为严峻、抵抗防范风险的能力更弱,脱贫难度也就更大。第二,城乡、区域多维贫困差距大。全国老人多维贫困指数方面,农村多维贫困贡献率高于城市,存在多维脆弱性,需要加强多维贫困治理;中西部省份老人多维贫困境况严峻,贫困老人帮扶是精准扶贫工作的难点。在养老服务、社会参与、精神状态等方面存在贫困共性外,各区域贫困维度贡献率差异性显著:云南、河南及甘肃等中西部省份在经济收入维度上,老人所获保障力度不足;甘肃的健康程度贫困维度达 18.6%;东部地区还需加强老人的住房保障,如浙江等。

因此,有效应对老年贫困的关键在于转变思维,调整仅以收入为衡量尺度的目标瞄准机制,转向对

贫困老人的多维识别,进而采取针对性、多样化的帮扶措施。多维识别和帮扶强调两方面内容:一是采用多维贫困的测量方法,以经济为基础,同时纳入老人健康、养老服务、社会参与、精神状态等指标;对不同类 型贫困老人提供不同方面、不同层次、不同力度的帮扶内容。面向生存型贫困老人,提供“问题响应型帮扶”,突出“保基本”的经济帮扶等内容,针对发展型贫困老人,提供“需求响应型帮扶”,在保障经济贫困老人低偿、免费的服务帮扶同时,引导服务供给者为非经济贫困老人提供具有市场化、个性化的分类服务帮扶。贫困老人帮扶的多维识别重点是老人权利及需求的基础上建立具体的多维识别评价体系及制度,全面了解老人的贫困成因与类型。二是统筹识别制度,加强政策衔接。不同政策覆盖下的贫困老年群体存在交叉或不全面,易造成“过度福利”“帮扶叠加”“帮扶缺失”等现象。识别系统的总体规划有利于进一步促进资源整合配置,增强各类政策的协调一致性,推动建立健全全民共享、公平可及的保障体系。

贫困老人帮扶干预是当老年人的贫困发生时给予的“补救”,减缓老年贫困的根本性措施还在于防控,建立健全多方位、多层次养老保障体系具有重要意义。此外,无论是老年贫困的防控还是干预,均需要配套措施的保障,法律支持、制度支持以及家庭保障支持等有利于更好地发挥组合优化效果。

参考文献:

[1] 阿玛蒂亚·森.以自由看待发展[M].任贇,译.北京:中国人民大学出版社,2002:8.

[2] ALKIRE S, FOSTER J. Counting and multidimensional poverty measurement [J]. Journal of Public Economics, 2011, 95(7):476-484.

[3] BATTISTON D, CRUCES G, LOPEZ-CALVA L F, et al. Income and beyond: multidimensional poverty in six Latin American countries [J]. Social Indicators Research, 2013, 112(2):291-314.

[4] 韩振燕,郑娜娜.空巢老人心理需求与老年社会服务发展探析——基于南京市鼓楼区的调查研究[J].西北人口,2011(2):102-106.

[5] 陈友华,苗国.老年贫困与社会救助[J].山东社会科学,2015(7):104-113.

[6] 王三秀.积极老龄化与我国老年贫困治理路径新探索[J].江淮论坛,2016(1):132-137.

[7] 林闽钢.新历史条件下“弱有所扶”:何以可能,何以可为? [J].理论探讨,2018(1):42-46.

[8] 王小林, SABINA A. 中国多维贫困测量:估计和政策含义[J].中国农村经济,2009(12):4-10.

[9] 高翔,王三秀.农村老年多维贫困的精准测量与影响因素分析[J].宏观质量研究,2017(2):61-71.

[10] 杨菊华,陈志光.老年绝对经济贫困的影响因素:一个定量和定性分析[J].老龄问题研究,2010(34):51-67.

[11] 仇凤仙.社会排斥与贫困:农村老人贫困问题结构性分析——以安徽省泗县大李村调查为例[J].山东农业大学学报(社会科学版),2011(1):40-44.

[12] 江燕娟,李放.可行能力视角下贫困老年人的养老服务政策支持——基于南京市政府购买养老服务案例的研究[J].社会保障研究,2017(6):30-37.

[13] 丁百仁.失能老人的幸福感现状及其影响因素[J].人口与社会,2017(3):53-63.

[14] 乐章,刘二鹏.家庭禀赋、社会福利与农村老年贫困研究[J].农业经济问题,2016(8):63-73.

[15] 陈辉,张全红.基于多维贫困测度的贫困精准识别及精准扶贫对策——以粤北山区为例[J].广东财经大学学报,2016(3):64-71.

[16] 郝璐.多维贫困视角下我国城镇贫困标准研究[D].北京:北京化工大学,2015:24-25.

[17] FAFCHAMPS M, KEBEDE B. Subjective well-being, disability and adaptation: a case study from rural Ethiopia [M]. New York: Palgrave Macmillan UK, 2012:2-5.

(责任编辑:吴玲)

