

中国多维扶贫的成就及展望

陈燕凤 夏庆杰*

内容提要 新中国成立以来,中国政府在人力资本扶贫(教育、医疗、性别平等、妇幼健康、碘缺乏防治)、基础设施建设扶贫(交通、电力、信息化及安全饮用水)、人居环境扶贫(厕所卫生、改炉改灶、易地搬迁)以及农村社会保障扶贫(五保供养、最低生活保障、农村社会养老保险、自然灾害救助及农业保险)等方面取得了举世瞩目的成就。党的十八大以来,中国政府在根除贫困和加强乡村治理上更是取得了显著成绩。然而,2020年根除贫困以后在防止返贫上依然面临着严峻的挑战。

关键词 多维贫困 人力资本扶贫 基础设施建设扶贫 人居环境扶贫 社会保障扶贫

一 经济增长、贫困与多维贫困

世界银行发布的《2000/2001年世界发展报告》指出,贫困除了物质上的匮乏、低水平的教育和健康外,还包括风险和面临风险时的脆弱性以及不能表达自身的需求和缺乏影响力。根据世界银行的定义,贫困是指福利状况的缺失,是多维度的。贫困不仅包括收入或消费贫困,也包含能力贫困。

Sen(1999)认为,造成收入或消费贫困的原因是家庭或个人能力(capability)缺失,如受教育水平低、身体健康状况不良等。Alkire & Foster(2011)进一步把这一关于个人能力的理论发展为多维贫困,并构建多维贫困指数(Multidimensional Poverty

* 陈燕凤,北京大学经济学院,电子邮箱:chenyanfeng@pku.edu.cn;夏庆杰,北京大学经济学院,电子邮箱:qingjie.xia@pku.edu.cn。本研究得到2017年中国国际扶贫中心中国多维扶贫实践总结项目、北京市社会科学基金研究基地项目“北京城市多维贫困问题研究”(项目编号:15JDJGA071)的资助。

Index, MPI) 进行分析。如表 1 所示, MPI 包括教育、健康、生活条件 3 个维度, 共有 10 个指标。

表 1 多维贫困指数 (MPI)

维度	指标	家庭贫困指标定义
教育	受教育年限	没有一个家庭成员完成 5 年教育
	儿童入学	6 ~ 15 周岁的儿童辍学
健康	营养不良	家庭妇女身体质量指数 (Body Mass Index, BMI) 小于 18, 儿童身高体重低于世界卫生组织 (WHO) 身高体重参考值的 2 个标准差
	儿童死亡	家庭有儿童死亡
生活水平	用电	家中不通电
	卫生设施	卫生设施没有改善或者与其他家户共用卫生设施
	安全饮用水	家中没有安全饮用水或者取水需要步行超过 30 分钟
	地板材料	家庭地板有土、沙或粪
	做饭燃料	使用牛粪、木头或木炭做饭
	资产所有权	家庭拥有的设备 (收音机、电视、电话、自行车、摩托车、冰箱) 不多于一个, 并且不拥有汽车或卡车

资料来源: Alike & Seth (2012)。

Sen (1999) 和 Alkire & Foster (2011) 在关于多维贫困的论述中使用“缺失” (deprivation) 一词, 认为个人能力的贫困主要是由一个国家或社会的教育和医疗等公共设施的供给不足造成的。收入贫困是贫困的一种表现形式, 并不是其主因, 贫困是多维的、分层次的。其中, 个人能力贫困直接表现为一部分社会成员未能在劳动力市场有效地发挥其作用, 如收入低或处于失业状态; 其直接原因往往与个人健康状况或教育缺失 (缺少必要的知识和技能) 等因素相关。然而, 个人能力不会在独立于其他因素的情况下决定个人的生活状况。个人能力, 如良好的教育和健康, 并不一定保证个人得到更好的生活。在个人能力转化为好生活的过程中, 制度机制发挥着重要作用, 不是铺路就是拆桥 (乌德亚·瓦格尔、刘亚秋, 2003)。

从新中国成立到改革开放以前, 中国在教育、医疗、饮用水、电力、交通、通讯等人类发展、基础设施方面取得了令人瞩目的成就。然而, 改革开放前绝大多数城乡人民处于贫困状态。根据世界银行关于贫困的定义, 中国当时 76% 的农村人口和 55% 的城镇人口生活在贫困线以下 (Ravallion & Chen, 2007)。然而, 改革开放前中国在人

力资本上的积累，为中国经济奇迹的出现奠定了基础。Sen（1999）指出，中国和印度通过努力，走向更加开放、参与国际的、市场导向的经济，但是印度的成绩并没有那么显著。其中一个重要原因是，从社会准备的角度看，中国比印度超前了很多。社会基础设施的发展是经济起飞的必要条件之一，改革开放前中国在普及基本教育和医疗保健方面取得较大进展。改革开放以来，公众尤其是年轻人的识字水平已经得到较大提升，全国很多地区有良好的学校设施；而当印度在1991年转向市场化的时候，有一半成年人不识字，至今这一情况没有根本性的改善。印度社会的落后，表现在精英主义者过分注重高等教育而严重忽略中小学教育和基本医疗保健，使其在取得共享型经济发展方面缺乏准备。

重工业优先发展战略和农村集体经济的实施为中国的工业化准备好了基本条件，包括强有力的国家治理和架构、统一市场、电力能源设施、重工业生产能力、交通通讯基础设施、国家经济管理经验、工程师以及数以亿计的受过教育的劳动力队伍等。新中国成立后储备的巨大能量得以发挥，很大程度上得益于市场因素的引进。20世纪80年代初期，农村集体企业、个体企业和城镇非国有企业主要从事纺织服装等轻工业。

本文余下部分安排如下：第二部分为人力资本扶贫，主要讨论教育、医疗、性别平等、妇幼健康、碘缺乏防治等领域的扶贫；第三部分是基础设施建设扶贫，主要包括交通、电力、信息化及安全饮用水方面的扶贫；第四部分为人居环境扶贫，包括厕所卫生扶贫、改炉改灶扶贫、易地扶贫搬迁；第五部分为农村社会保障扶贫，主要包括五保供养、最低生活保障、社会养老保障、自然灾害救助及农业保险方面的扶贫；第六部分为结语及展望。

二 人力资本扶贫

（一）教育扶贫

教育扶贫是指国家对贫困地区的贫困人口提供教育资助，旨在通过提升当地教育质量和贫困人口素质，帮助贫困人口掌握摆脱贫困的劳动技能。教育扶贫不仅是国家扶贫开发战略的重要任务，也是实现教育公平和社会公正的重要方面（钟慧笑，2016）。

早在抗战初期，为改变晋察冀边区农民文化程度低以及文盲、半文盲占多数的现象，边区政府开始了扫盲工作。1938年，边区政府颁布《扫除文盲办法》，对扫盲工

作做了总体规划，并提出分三期完成扫盲任务（郑立柱，2011）。新中国成立初期，为改变农村文盲率高达95%以上、适龄儿童入学率只有20%的落后局面，中国政府在教育上一手抓扫盲运动，一手抓义务教育（李德成，2013）。中国政府高度重视扫盲运动，不仅成立了中央扫盲工作委员会指导扫盲工作，还组织开办“冬学”、“夜校”、“速成识字法”等多样化的扫盲教学活动（浅井加叶子等，1997；彭泽平等，2016）。义务教育方面，受当时经济条件、自然灾害等多重因素的影响，在12年内分期普及小学义务教育的目标短期内没能实现。

改革开放以后，中国政府高度重视扫盲和推广义务教育。1978年，《关于扫盲工作的指示》指出，“必须总结建国以来强调扫、忽视堵的教训。完成扫盲任务，必须努力做到一堵、二扫、三提高”^①。“一堵、二扫、三提高”成为指导扫盲教育工作的重要方针（蒋华，2005）。1982年《中华人民共和国宪法》和1986年《中华人民共和国义务教育法》的出台，将实施义务教育纳入法制化管理。1993年由中共中央、国务院印发的《中国教育改革和发展纲要》明确提出，在20世纪90年代实现基本普及九年义务教育、基本扫除青壮年文盲的目标。为达成这一目标，中国政府组织实施了“国家贫困地区义务教育工程”（1995-2000年）、贫困地区义务教育助学金制度、“希望工程”、“春蕾计划”等项目，支持贫困落后地区和贫困家庭的儿童完成义务教育。

21世纪以来，教育扶贫的重心转移到西部和农村贫困地区，尤其是少数民族地区。在这一阶段，义务教育沿着三条线前行，一是由“基本普及”到“全面普及”；二是由“一费制”到“完全免费”；三是由严重的不均衡逐步走向均衡（罗祖兵，2009）。当前，精准扶贫是贫困治理工作的指导思想。教育精准扶贫在各地区得到推广，2015年年底湖北省全面启动了教育精准扶贫行动计划，实施了“五个精准”^②。教育扶贫的内涵已经从新中国成立初期的文化扫盲和义务教育，逐步拓展到涵盖学前教育、基础

① “一堵”是指抓好普及小学教育，堵住文盲产生的源头；“二扫”是指扫除青壮年文盲；“三提高”是指对已经脱盲的人员，采取多种形式继续组织学习，巩固前期学习效果（蒋华，2005）。

② 所谓“五个精准”包括精准改造、精准招生、精准资助、精准就业和精准培训。“精准改造”是指让贫困户子女不仅有学校可上，而且能上好学校；“精准招生”是指让贫困户子女不仅拥有受教育机会，而且拥有更多接受优质教育的机会；“精准资助”是指让贫困户子女不仅上得起学，而且免费上学；“精准就业”是指让贫困户子女不仅有业可就，而且能够持续发展；“精准培训”是指让贫困农民拥有一技之长，能够脱贫致富（钟慧笑，2016）。

教育、职业教育、继续教育等多层次、多类型教育在内的政策体系。教育扶贫项目细化到各个领域，如学前教育三年行动计划、农村义务教育学生营养改善计划、农村贫困地区定向招生专项计划和乡村教师支持计划等（钟慧笑，2016）。

（二）医疗扶贫

新中国成立之初，农村医疗卫生设施落后，传染病、地方病较为常见。据统计，当时全国人口的发病数每年累计1400万人，死亡率在20%以上，农村婴儿死亡率高达170%，人均平均寿命为35岁，是当时世界上平均寿命最低的国家之一（李德成，2013）。为改变农村卫生资源匮乏和卫生条件差的状况，中国政府提出了“面向工农兵、预防为主、团结中西医、卫生工作与群众运动相结合”的四大方针。除充分利用农村联合诊所及城市医疗巡回制度，在农村建立了以赤脚医生为特色的农村合作医疗制度（李德成，2013）。农村三级医疗保健网、农村合作医疗制度和赤脚医生曾一度被认为是中国农村医疗服务的“三大法宝”，被誉为“以最小投入获得了最大健康收益的中国模式”（李德成，2013）。

改革开放以来，随着人民公社的解体，农村合作医疗制度逐步瓦解，“赤脚医生”这一现象也逐渐消失，部分赤脚医生转业开办私人诊所。合作医疗制度的瓦解和赤脚医生角色的消失或角色转换，导致农村初级卫生保健陷入困境，农民失去了基本的医疗保障（李德成，2013）。进入21世纪，农民缺少医疗保障、因病致贫、因病返贫的现象引起中央的高度重视，而农村医疗保障问题解决的关键在于农村合作医疗制度的恢复与重建。2003年，中国政府明确提出要积极引导建立以大病统筹为主的新型农村合作医疗制度。与此同时，中国对农村合作医疗制度的改革和重建也得到了世界银行、世界卫生组织、美国兰德公司等机构的资助，中国进入“二次合作医疗时期”（李德成，2013）。

（三）性别平等扶贫

新中国成立后，推动男女平等成为中国社会发展的一项不可忽视的任务。《中国人民政治协商会议共同纲领》第六条规定，“中华人民共和国废除束缚妇女的封建制度。妇女在政治的、经济的、文化教育的、社会的生活各方面，均有与男子平等的权利。实行男女婚姻自由。”改革开放以来，党和政府把促进妇女全面发展作为重要奋斗目标，将男女平等确定为基本国策。中国政府先后签署了《消除对妇女一切形式歧视公约》、《北京行动纲领》和《千年发展目标》，为推进全球两性平等做出了积极的努力（杨梅芳，2008）。中国制定并完善《中华人民共和国婚姻法》、《中华人民共和国母婴保健法》、《中华人民共和国反家庭暴力法》等多项涉及妇女权益保障的法律和规

章，确保妇女各方面的权益保障有法可依。在国家高度重视及有力推动下，女性在受教育、就业、经济决策等方面与男性之间的差距缩小。

（四）妇幼健康扶贫

自20世纪90年代以来，妇女和儿童问题成为国际社会关注的重要议题，促进和发展妇幼卫生事业成为全球卫生的战略目标。“母亲安全”和“儿童优先”成为全球性妇幼卫生工作行动准则（杜玉开、王友洁，2008）。1982年，卫生部宣布将普及儿童免疫纳入国家卫生计划，并不断扩大适龄儿童免疫疫苗种类。1994年《中华人民共和国母婴保健法》的出台意味着妇幼工作法制化、规范化（杜玉开、王友洁，2008）。20世纪90年代中期，中国政府在多个省份开展旨在降低孕产妇和5岁以下儿童死亡率的综合性妇幼卫生保健项目，一定程度上改善了农村妇女儿童的健康状况。

21世纪以来，中国政府每隔10年制定一次妇女、儿童发展纲要，为妇幼卫生事业发展提出了明确目标和方向。自2009年深化医疗改革以来，中国政府全面实施国家基本公共卫生服务项目，免费提供多项服务项目，包括孕产妇保健和儿童保健服务。据统计，2009年至2014年，中央累计投入305亿元，实施农村孕产妇住院分娩补助、农村妇女“两癌”检查、消除婴幼儿贫血、增补叶酸、改善贫困地区儿童营养状况、防控地中海贫血、实施西部贫困地区新生儿疾病筛查以及预防多项传染疾病等项目，累计2亿多妇女儿童受益^①。截止2015年，女性预期寿命达79.4岁，孕产妇死亡率下降到20.1/10万，婴儿和5岁以下儿童死亡率分别下降到8.1‰和10.7‰，农村孕、产妇住院分娩比例提高到99.6%^②。

（五）碘缺乏防治扶贫

碘是影响人类智力发育的重要微量元素，缺碘会对人体健康造成不同程度的损害。目前，全球有110个国家共16亿人生活在缺碘地区，中国是碘缺乏危害比较严重的国家，目前仍有700万地方性甲状腺肿病人、19万克汀病人和539万14岁以下智力残疾儿童^③。

① 来自新华网《国家卫计委：我国孕产妇死亡率25年下降四分之三》，http://www.xinhuanet.com/politics/2015-06/10/c_11115576356.htm。

② 来自《国务院关于印发“十三五”卫生与健康规划的通知》（国发〔2016〕77号），http://www.gov.cn/jzhengce/content/2017-01/10/content_5158488.htm。

③ 来自浙江省疾病预防控制中心《全国碘缺乏病宣传日总结报告》，<http://www.cdc.zj.cn/newsinfojk.php?item=fc0bv2MGR2MMpBdS3duk37GsoTybrT2lrheCdAzt79U>。

新中国成立初期,中国政府就将防治地方性甲状腺肿纳入《1956年到1967年全国农业发展纲要》。1978年,中国政府在主要病区推广实施以食盐加碘为主、口服碘油丸等为辅的综合防治措施。1991年,中国政府签署《儿童生存、保护和发展世界宣言》和《执行90年代儿童生存、保护和发展世界宣言行动计划》,并承诺到2000年基本实现消除碘缺乏病。1993年,“中国2000年消除碘缺乏病目标动员会”在北京召开,会议确定每年5月5日为全国碘缺乏病防治日,以普及碘盐为主的综合防治措施全面启动。1994年《食盐加碘消除碘缺乏危害管理条例》和1996年《食盐专营办法》的出台,标志着碘缺乏防治工作的法制化。

21世纪以来,为确保持续消除碘缺乏病,中国政府加大综合防治力度,基本健全了地方病防治监测体系,地方病严重流行趋势总体得到控制。自2007年起,卫生部等部门联合建立了覆盖全国县级城市的碘缺乏病防治监测体系,以便在碘盐覆盖率较低地区对重点人群采取应急补碘措施。到2010年底,已有28个省(区、市)达到了省级消除碘缺乏病的阶段目标,97.9%的县(市、区)达到了消除碘缺乏病目标^①。《全国地方病防治规划(2011-2015年)》和《国家残疾预防行动计划(2016-2020年)》明确提出,继续坚持以食盐加碘为主的综合防控策略,基本消除碘缺乏病、大骨节病等重大地方病。《国民营养计划(2017-2030年)》提出,建立中国居民碘营养状况数据库,制定差异化的碘干预措施,精准补碘。

三 基础设施建设扶贫

(一) 电力扶贫

新中国成立时,中国农村的年用电量仅为2000万千瓦时,人均用电量为0.05度。改革开放初期,40%的农民过着“耕地靠牛、照明靠油、用水靠挑、碾米靠推”的无电生活^②。1979年,全国农村电网整改会议决定,安排2.5亿元资金,对农村低压电网进行大规模改造。1983-1991年,国务院共批准建立300个农村电气化县,基本满足了农村水电初级电气化建设的需要(罗国亮,2011)。到1993年,全国已有4.5万

① 来自中央政府门户网《国务院办公厅关于转发卫生部等部门全国地方病防治“十二五”规划的通知》, http://www.gov.cn/jzqg/2012-01/29/content_2053487.htm。

② 来自中央政府门户网《光明之路——新中国成立60年农村电力发展综述》, http://www.gov.cn/jrzq/2009-10/03/content_1432181.htm。

个乡、70 万个村、7.8 亿农民用上了电，北京、上海等五个省市实现了“村村通电”（孙吉昌，2009）。

1994 年，为响应国务院“八七扶贫攻坚计划”，当时的电力工业部提出“电力扶贫共富工程”，即用 7 年的时间，到 20 世纪末使全国 95% 以上的农户用上电。1998 年，针对中国农村电网水平落后，农电管理体制混乱、电价高、农民用不上电的状况，国务院提出实施“两改一同价”，改造农村电网、改革农电管理体制，实现城乡用电同网同价（杨鸿义，2008）。

21 世纪以来，在建设社会主义新农村的背景下，国家电网、南方电网推行了以大电网延伸为主的“户户通电”和无电户通电工程。“十二五”期间，中央一号文件多次强调抓紧实施新一轮农村电网改造升级工程，不断提升农网供电可靠性和供电能力。2016 年，国家电网新一轮农网改造升级工程启动，计划到 2020 年实现农村地区供电服务全覆盖。

（二）交通扶贫

从 1984 年开始，中国政府陆续安排了 7 批“以工代赈”项目，不断加大农村基础设施建设力度。“八七扶贫攻坚计划”期间（1994 - 2000 年），592 个国家级贫困县累计新增公路 32 万公里（樊桦，2004）。自 2002 年以来，交通运输部共投资 310 亿元用于西部地区通县公路建设，建设项目 252 个，建设规模达 2.61 万公里。西部通县公路的建成通车，有利于改善当地群众生产生活条件，拓宽了贫困人口创收的渠道。2003 年，交通运输部在全国范围内启动县际及农村公路建设项目，实际总投资 1095 亿元，共建设项目 1.55 万个，农村公路建设总规模达到 16.2 万公里。县际及农村公路建设标志着中国将以县际通油（水泥）路建设为契机，带动全国农村公路的发展（樊桦，2004）。

《中国农村扶贫开发纲要（2011 - 2020 年）》提出，“到 2015 年，提高贫困地区县城通二级及以上高等级公路比例，除西藏外，西部地区 80% 的建制村通沥青（水泥）路，稳步提高农村客运班车通达率”。交通运输部把集中连片特困地区的交通运输发展作为工作重点，专门成立了扶贫开发工作小组和办公室，并制定了《集中连片特困地区交通建设扶贫规划纲要（2011 - 2020 年）》和各片区专项规划。“十二五”期间，交通运输部投入到 11 个集中特困地区和西藏、四省（青海、四川、云南、甘肃）藏区和新疆南疆 4 地州（喀什地区、和田地区、克孜勒苏柯尔克孜自治州以及阿克苏地区）3 个特殊地区交通建设的车购税资金超过 5500 亿元，约占全国的 45%，带动全

社会对公路建设近2万亿元的投入^①。在此期间,集中连片特困地区建设了6.6万公里省道和36万公里农村公路,654个乡镇和4.2万个建制村通了沥青(水泥)路(樊桦,2004)。

2015年,《中共中央国务院关于打赢脱贫攻坚战的决定》对交通领域脱贫攻坚工作进行了部署。该决定提出,一方面通过建构贫困地区“外通内联”的交通运输通道,加强贫困地区与经济相对发达地区的联系;另一方面继续加大对贫困地区交通建设的资金支持力度,提高贫困地区交通服务供给能力,更好地发挥交通对贫困地区发展的支撑作用(向爱兵、李名良,2016)。

(三) 信息化扶贫

20世纪90年代起,扶贫与信息化相结合的趋势日益显现。杨学农和林全营(1998)较早提出“信息扶贫”和“信息势”的概念。谢俊贵(2003)认为,中国东西部、城乡之间存在严重的信息分化,政府和社会必须采取相应的扶贫措施减贫,尤其是开展信息化扶贫。孔昭林(2004)认为,信息通讯技术扶贫为地方政府提供一种特殊资源,对地方政府改革和干部观念转变有深刻的影响。李锦(2006)认为,当前城乡信息化建设存在明显差异,农村地区的信息化程度远低于城市,城乡之间存在巨大的“数字鸿沟”,必须实行信息扶贫,消除“数字鸿沟”(胡桂英、陈诚文,2007)。

近年来,中国政府越来越重视信息化扶贫。2001年,“中国信息通讯技术扶贫能力建设”项目在河北等5个省份实施。3年的实践证明,信息扶贫是一种创新性的扶贫模式,架起了贫困偏僻地区与外部沟通的桥梁(王喆等,2005)。2008年,信息化扶贫工程试点会议召开,正式启动信息化扶贫。2011年,《中国农村扶贫开发纲要(2011-2020年)》提出要“建立扶贫开发信息系统”;2013年,中国政府首次提出“精准扶贫工作机制”和建档立卡工作的设想,扶贫工作和信息化的结合提上日程。2014年《关于创新机制扎实推进农村扶贫开发工作的意见》进一步提出,要“建设全国扶贫信息网络系统”;2015年《中共中央国务院关于打赢脱贫攻坚战的决定》明确提出,加大“互联网+”扶贫力度,加快推进宽带网络覆盖贫困村。《“十三五”国家信息化规划》明确提出,“到2018年,建立网络扶贫信息服务体系,试点地区基本实现网络覆盖、信息覆盖、服务覆盖;到2020年,完成对832

^① 来自《交通运输部关于印发“十三五”交通扶贫规划的通知》(交规划发[2016]139号),
http://www.cpad.gov.cn/art/2016/7/30/art_1747_692.html。

个贫困县、12.8万个贫困村的网络覆盖，电商服务通达乡镇”。

（四）安全饮用水扶贫

饮水安全是人类生存的基本需求^①。目前，全球每6人有1人不能持续获得安全饮用水，发展中国家80%的发病及死亡与水有关。在中国，通过饮水发生和传播的疾病有50多种。联合国千年宣言提出，“在2015年年底以前，使无法得到或负担不起安全饮用水的人口比例降低1/2”，并确定2005-2015年为生命之水国际行动10年（李代鑫、杨广欣，2006）。新中国成立以来，全国累计解决了4亿多农村人口的饮水困难，但目前还有一些地区的农村饮用水存在高氟、高砷、苦咸、污染及血吸虫等水质问题，严重影响着人民群众的身体健康。2005年《国务院办公厅关于加强饮用水安全保障工作的通知》明确提出，“进一步加大解决农村饮用水安全问题的的工作力度，采取集中供水、分质供水、分散供水以及农村卫生环境整治等工程措施，重点解决高氟、高砷、苦咸和污染水以及严重缺水地区的饮用水安全问题”。2005年，农村饮水安全工程建设正式启动（陶勇，2009）。《关于进一步做好农村饮水安全工程建设工作的通知》提出，2000-2004年，中国政府累计投资200多亿元，解决了6000万农村人口的饮水困难。农村饮水解困工程的实施减少了疾病，提高了群众的健康水平。《2005-2006年农村饮水安全应急工程规划》提出，计划在2年内再解决2000万农村人口的饮水困难问题。

据统计，“十一五”期间，中国政府累计投资1053亿元，解决了19万个行政村、2.12亿农村人口的饮水安全问题。“十二五”期间，中国政府共安排832个贫困县农村饮水安全项目，中央累计投资481亿元，解决了1.01亿农村居民和1521万农村学校师生的饮水安全问题。在此期间，农村自来水普及率提高到70%以上，农村集中式供水覆盖率提高到75%以上。《“十三五”全国水利扶贫专项规划》明确提出，到2020年，农村饮水安全保障程度和自来水普及率明显提高，供水水质达到国家规定饮用水标准。其中，农村集中供水率达到83%，自来水普及率达到75%。

^① 饮水安全是指饮用水水质、水量、取水方便程度及保证率符合一定的标准及规定。具体而言，水质符合国家《生活饮用水卫生标准》要求的为饮水安全，符合《农村实施〈生活饮用水卫生标准〉准则》要求的为饮水基本安全。水量上，每人每天可获得的水量不低于40~60升为安全，不低于20~40升为基本安全。取水方便程度上，人力取水往返时间不超过10分钟为安全，不超过20分钟为基本安全。在保证率方面，供水水源保证率不低于95%为安全，不低于90%为基本安全。满足上述四项指标即是饮水安全，只要其中一项低于安全最低值，即为饮用水不安全。

四 人居环境扶贫

(一) 厕所卫生扶贫

世界卫生组织报告指出,全球因缺乏厕所等基本卫生设施引发的肠道疾病,每年造成约150万未满5岁的儿童死亡。清洁卫生的厕所是从源头上控制这些疾病传播的关键,对公共健康至关重要。中国农村厕所改革可以追溯到20世纪60年代,旨在通过改善农村环境卫生状况来预防疾病、促进广大农村居民身心健康。20世纪70年代,爱国卫生运动委员会在农村地区组织开展“两管五改”活动^①。1988年,中国政府对“2000年人人享有卫生保健”作出明确承诺。

21世纪以来,农村改水改厕进程加快。2002年《中共中央国务院关于进一步加强农村卫生工作的决定》明确指出,“在农村继续以改水改厕为重点,带动环境卫生的整治,以预防和减少疾病的发生,促进文明村镇建设”。2009年,国务院启动重大公共卫生服务项目,其中包含农村改厕项目。农村无害化卫生厕所建设由中央财政提供专项补贴,旨在保障公共卫生服务对农村居民的可及性。

2013年以来,习近平总书记在调研时多次强调小厕所、大民生,强调要在农村进行“厕所革命”,解决好“连茅圈”等问题。2014年,《国务院关于进一步加强新时期爱国卫生工作的意见》指出,到2020年东部地区和有条件的中西部地区基本完成农村户厕无害化建设改造,有效预防控制肠道传染病、寄生虫病。据统计,2015年农村使用卫生厕所的户数累计为2.1亿户,比2010年增加了3546万户;农村卫生厕所普及率由2010年的67.4%提高到78.4%,提高了11个百分点^②。

(二) 改炉改灶扶贫

早在20世纪60年代中期,一些环境保护专家就将“室内空气污染”列为继“煤烟型污染”和“光化学型污染”之后的第三大污染问题。据统计,全球近一半的人暴露于室内空气污染,室内环境污染引起的呼吸道疾病占37.5%,慢性肺病占22%,气管炎、支气管炎和肺癌占15%(刘成祥,2004)。室内空气污染是发展中国家面临的第四大健康风险,大量吸入家庭烹调 and 取暖造成的室内烟雾使儿童患严重呼吸道感染疾

^① “两管五改”指管水、管粪、改水井、改厕所、改畜圈、改炉灶、改造环境。

^② 来自国家统计局《中国儿童发展纲要(2011-2020年)》中期统计监测报告, http://www.stats.gov.cn/tjsj/zxfb/201611/t20161103_1423705.html。

病的概率增加一倍以上。室内烟雾对人们的健康危害引起国际发展部门和公共卫生部门的高度重视（沈芳，2006）。

改革开放40年来，中国政府成功开展了一系列农村改炉改灶项目。首先是农业部门成功地为1.89亿农村居民安装了改良生物燃炉灶，这是目前世界上规模最大、最成功的节能干预项目（沈芳，2006）。其次是卫生部会同农业部和有关省份在三峡地区完成了15万户的改炉改灶任务，推广了适用于不同海拔高度山区、不同煤种、不同用途的10多种炉灶类型。实践表明，氟化物、二氧化硫、一氧化碳和可吸入颗粒物等主要空气污染物的浓度下降了90%左右（金银龙等，2009）。受世界银行及其他国际机构的援助，在贵州、陕西等省份开展的改良炉灶和健康教育等干预项目也取得了显著的效果（金银龙等，2009）。

自2004年起，中央财政安排专项资金在病区实施以改炉改灶为主的综合防治项目，2009年将消除燃煤污染型氟中毒危害纳入医改重大公共卫生专项。据统计，2009年至2011年，中央财政安排6.52亿元，在河南等6个省份完成152万户的改炉改灶，完成任务总量的93.2%^①。“十二五”期间，中国政府在燃煤污染型地方性氟中毒病区，加强落实以改炉改灶为主的综合防治措施。截至2015年年底，在燃煤污染型地方性氟中毒地区的所有县，改炉改灶率达到98.4%^②。

（三）易地扶贫搬迁

易地搬迁是指通过对生活在不适宜人类生存地区的贫困人口实施搬迁，达到消除贫困和改善生态的双重目标。中国易地扶贫搬迁可以追溯到20世纪80年代，“三西”（甘肃的河西、定西和宁夏的西海固）农业建设计划提出，通过移民搬迁解决自然条件特别恶劣地区农村人口的生存问题。20世纪90年代，易地扶贫搬迁扩大到多个区域，成为农村扶贫开发的常规手段。进入21世纪，易地扶贫搬迁由区域性、地方性探索转变为国家层面的系统工程，成为解决资源环境问题的重要举措（曾小溪、汪三贵，2017）。

经国务院批准，从2001年开始，国家发展和改革委员会安排专项资金，在全国组织实施易地扶贫搬迁工程，把居住在深山区、石山区、生态环境脆弱地区以及生产生

① 来自新华网《中国3年内将斥资超8亿元改炉改灶防治氟中毒》，<http://news.163.com/11/0809/17/7B1JA69500014JB5.html>。

② 来自中央政府门户网《国务院新闻办发表〈中国健康事业的发展与人权进步〉白皮书》，http://www.gov.cn/xinwen/2017-09/29/content_5228551.htm#2。

活条件极为艰苦地区的贫困农户搬迁出来，迁移到条件较好的地区，从而改变其生产生活条件，解决长期困扰他们的生存问题。

“十五”期间，中央财政累计安排国债资金56亿元，搬迁122万人。“十一五”期间，易地扶贫搬迁成为中国政府投资的重点领域，实际投资106亿元，完成搬迁162.7万人（计划150万人）。“十二五”期间，国家发展和改革委员会加大了易地扶贫搬迁工程投入力度，共安排中央预算内补助231亿元，是之前10年投入的1.75倍；累计搬迁贫困人口394万人，是前10年的1.37倍。其他中央部门和地方投资以及群众自筹资金也达到800亿元^①。

五 农村社会保障扶贫

（一）五保供养扶贫

改革开放以前，中国农村社会保障体系主要由五保供养和临时救济组成。五保供养是指为缺乏劳动力或者完全丧失劳动能力，生活没有依靠的老、弱、孤、寡、残疾等弱势群体提供吃、穿、烧（燃料）、教（儿童和少年）、葬等五项保障。改革开放以后，针对村集体公益金难以支撑五保供养对象的问题，民政部先后出台了《农村五保供养工作条例》、《农村敬老院管理暂行办法》，明确规定了五保供养的经费来源与筹资渠道。自此，五保供养的经费来源从集体公益金转向以村提留、乡统筹为其经费和实物来源的制度模式（李春根、赖志杰，2009）。

20世纪90年代中后期以来，随着市场化和农村税费改革的深入，农村五保供养资金筹集又发生新的调整。在税费改革初期，原本从“村提留或乡统筹”列支的五保供养经费改为从农业税附加中支出；取消农业税及附加后，五保供养经费又调整为主要从上级财政转移支付和地方各级财政预算中安排。2006年，新修订的《农村五保供养工作条例》（简称“新条例”）正式施行，把农村五保供养纳入到以公共财政保障为主的新轨道。这既是当前做好农村五保供养工作的应急之计，也是建立保障这部分困难群众生活的长效机制的根本之策。

（二）社会养老保障扶贫

改革开放以前，中国农村没有建立养老保险制度（简称“老农保”），农民养老

^① 来自史俊宏《易地扶贫搬迁要实现可持续发展》，<http://theory.people.com.cn/n1/2017/0717/c412680-29409303.html>。

主要依赖家庭赡养。丧失生活能力且无人照顾的老人则主要依赖集体养老制度。改革开放以后，随着人民公社的解体，集体养老制度慢慢消亡（黄佳豪，2009）。与此同时，随着计划生育政策的实施，家庭规模趋于小型化，家庭赡养功能不断弱化。单纯依赖家庭不能完全解决老人的养老问题，必须建立社会养老保险制度，发挥多方面合力。

1986年，“全国农村基层社会保障工作会议”提出，因地制宜建立和完善多层次的农村社会保障制度。1991年，民政部选取5个市（县）作为首批试点；1992年，《县级农村社会养老保险基本方案（试行）》明确提出，农村社会养老保险是国家保障全体农民老年基本生活的制度，是一项重要的政策举措。此后，养老保险覆盖范围不断扩大。到1998年，全国共有2123个县（市、区）和65%的乡镇开展了农村养老保险，参保人数达到8025万，覆盖10%的农村人口。1998年以后，由于银行利率的持续走低和集体、政府补助的缺位，许多地方的农保陷入巨大的财务风险。1999年，国务院要求对“老农保”进行清理整顿，“老农保”一度陷入低谷状态。到2002年底，全国参加农村养老保险人数下降到5462万人（杨一帆，2009）。

针对“老农保”存在的问题，党的十六大报告明确指出，“有条件的地方，探索建立农村养老、医疗保险和最低生活保障制度”。自2003年起，各地在总结“老农保”的基础上，开始探索“新农保”制度。到2007年年底，全国已有近2000个县（市、区）不同程度地开展农村养老保险试点工作，5000多万农民参保，投保金额达到300多亿元（储宇奇，2013）。国务院决定从2009年开始在10%的县（市、区）实行新型农村社会养老保险的试点。随后，试点扩大到全国范围，到2013年年底，全国“新农保”和城镇居民养老保险（简称“城居保”）的参保人数已达4.98亿，基本实现了农村老人的全覆盖。2014年，国务院决定合并实施“新农保”和“城居保”，在全国建立统一的城乡居民基本养老保险制度。

（三）最低生活保障扶贫

20世纪80年代以前，除农村五保外，各地采取临时救助措施。20世纪80年代以后，一些省市开始探索临时救济与定期定量相结合的方法，对常年困难的农村贫困家庭定期进行资金或实物救助。20世纪90年代，东部省市探索建立农村最低生活保障制度（简称“低保”）。20世纪90年代中期，“低保”逐步扩大到全国，并从城市延伸到农村（雷晓康、王茜，2009）。1996年，《关于加快农村社会保障体系建设的意见》明确提出，“凡开展农村社会保障体系建设的地区，都应该把建立最低生活保障制度作为重点。”上海、北京、广东、辽宁等省市也纷纷提出“整体推进城乡最低生活保障制度

建设”（伍绍芳，2015）。到1997年年底，全国共有417个县建立了最低生活保障制度，占县总数的24.4%。

21世纪以来，农村贫困问题得到党中央、国务院的高度重视。2004年，《中共中央国务院关于促进农民增收若干政策的意见》提出，“有条件的地方要探索建立农民最低生活保障制度”。十六届六中全会又提出，“逐步建立农村最低生活保障制度”。2007年，国务院召开在全国农村建立农村最低生活保障制度工作会议，要求在全国建立农村最低生活保障制度。2007年年底，民政部宣布农村低保全面建制。十八届三中全会提出，“推进城乡最低生活保障制度统筹发展”。

（四）自然灾害救助扶贫

中国是世界上受自然灾害影响最严重的国家之一。自然灾害往往爆发力强，且具有季节性、阶段性、持续性、周期性、交替性和群发性等特点（蒋积伟，2009）。改革开放以来，考虑到自然灾害同贫困的密切关系，民政部首次提出将扶贫与救助相结合。救灾款有偿收回的部分用于建立扶贫救灾基金，有灾救灾、无灾扶贫。自1986年起，救灾款用于扶贫的比例大幅增加，远超过用以筹建灾民抢救转移安置房和扶持灾民生计的经费（蒋积伟，2009）。

1989年4月，中国国际减灾十年委员会成立，2005年更名为“国家减灾委员会”。在国家减灾委员会的指导和协调下，“党委政府统一领导、部门分工负责、灾害分级管理、属地管理为主”的减灾救灾领导体制逐步形成。《中华人民共和国减灾规划（1998-2010年）》的出台标志着中国减灾救灾的规范化、制度化、法制化。

1998年，长江、嫩江和松花江流域发生了百年不遇的特大洪涝灾害，在抗洪救灾中暴露出应急救援能力薄弱、救灾物资储备不足、减灾设施建设滞后、灾害信息管理和救灾募捐工作混乱等问题。此后，中国政府着手开展体系建设和能力建设，救灾减灾工作进入新阶段（蒋积伟，2009）。

近年来，各级民政、财政、交通运输、铁路等部门及军队建立了救灾物资采购和紧急调运应急联动机制，地方民政部门与有关企业签订了应急供货协议，救灾物资供给和应急调运能力显著增强。与此同时，国家减灾委员会综合协调作用不断强化，90%以上的市和82%以上的县成立了减灾委员会或综合减灾救灾协调机构，部分省成立了减灾委、专家委。中国自20世纪90年代逐步建立防灾减灾法律体系。目前基本做到一事一法，相关专家建议制定灾害对策基本法，形成一个有机统一的应对自然灾害的整体法律制度，以提升政府应对自然灾害的能力（应松年，2010）。

（五）农业保险扶贫

农牧业生产受气候变化和自然灾害的影响较大，而农业保险作为一种重要的风险管理工具，可以避免农户因灾致贫或返贫。新中国成立后，中国政府开始兴办农业保险，以支持农业发展。1950年，中国人民保险公司在试点地区开办了牲畜保险。此后，试点扩大到全国，保险种类扩大到棉花、小麦、水稻和油菜等（李川、赵元凤，2015）。1953年，全国实行机构精简，暂停农业保险，一年后又恢复运转。然而，由于人民公社已经承担起防范风险、分担损失、保障农业生产的职能，农业保险已无存在的必要。1958年12月，政府决定停办保险业务，农村保险业务停办期长达24年（黄英君，2009）。

随着人民公社的解体，1982年开始试办农业保险。试办初期，政府给予免征营业税的鼓励，农业保险迎来黄金发展期。农业保险涉及农、林、牧、渔多个领域；保险种类扩充到上百种；保险收入也从23万元增加到8.62亿元（黄英君，2009）。十四大召开以后，农业保险进入商业化运营模式。农业保险的准公共产品属性决定了商业保险公司不可能提供有效供给；在没有政府财政补贴的情况下，农民不愿也无力支付较高的保险费。1993年以后，农业保险的增长速度放缓，农业保险的发展再次陷入困境。

近年来，中国政府开始反思农业保险的经营模式，由商业化经营模式过渡到政策性模式。政策性农业保险以保险公司市场化经营为依托，政府通过保费补贴等政策扶持，对种植业、养殖业因遭受自然灾害和意外事故造成的经济损失提供直接物化成本保险。2004年，中国保监会在9个省区（市）正式启动政策性农业保险试点工作。2007年中央财政农业保险保费补贴试点启动，2013年农业保险补贴绩效评价试点扩大到10个省区，中国政策性农业保险体系正式形成（李川、赵元凤，2015）。《农业保险条例》和《国务院关于加快发展现代保险服务业的若干意见》的出台，为农业保险的发展提供了机会。据统计，2007-2016年，中国农业保险提供的风险保障从1126亿元增长到2.2万亿元；参保农户从4981万户次增加到2亿户次，增长了3倍；承保的农作物从2.3亿亩增加到17.2亿亩，农业保险承保的农作物多达190种。农业保险一定程度上成为农业生产的“稳定器”和农村稳定的“缓冲器”（刘峰，2016）。

六 结语及展望

（一）经济增长、贫困与多维贫困

贫困的表象是收入或消费贫困，其本质是以教育和健康为代表的人力资本的缺乏，

而导致这种状况的根本原因是一个国家或社会教育和医疗等公共设施供给的不足。与收入贫困不同,多维贫困主要是指教育、医疗等社会公共服务的缺失或不足,以及由此造成的人力资本水平低下。

改革开放前,中国在人力资本上的积累为经济奇迹的出现奠定了良好的社会基础。改革开放就是把新中国成立后储备的巨大能量发挥出来,其中,市场因素的引入尤为关键。另外,只有广大民众大规模参与的工业化才有利于推动大规模快速减贫。

(二) 新中国成立以来多维扶贫的成就与不足

新中国成立以来,为了缓解和消灭绝对贫困,中国对农村政策和农村经济管理体制进行了一系列大幅度的调整和改革,极大地激发了广大农民的劳动热情,促进了农村经济的全面高速增长,带动广大农民脱贫致富。20世纪80年代中期以来,针对一部分地区发展迟滞和农民收入增长缓慢的情况,中国政府在全国范围内开展了扶贫开发活动。

中国政府不仅成立了专门的扶贫机构,制定了一系列帮助贫困地区休养生息的优惠政策,而且对传统的扶贫方式进行了根本性的调整和改革。在扶贫战略上,从不含具体扶贫目标的经济增长转向目标瞄准型减贫;从单纯救济性扶贫向开发式扶贫转变,从2007年开始转向社会保障扶贫与开发式扶贫相结合;从扶贫贫困县转向重点扶贫村继而转到瞄准贫困户。在治理结构上,扶贫计划和项目的决策机制也经历了一系列变化,形成了以政府为主导,社会组织和受益群体积极参与的模式(刘奇,2015)。

新中国成立以来,中国政府通过教育、医疗、性别平等、妇幼健康、碘缺乏防治等人力资本投资,提高农民创造财富的能力;通过建设电力、交通、通信等基础设施,加强贫困落后地区与经济较发达地区的联系;通过易地扶贫搬迁、改炉改灶、安全饮用水等改善农村人居环境;通过五保、低保等兜底政策,提升弱势群体的生活质量。联合国《2015年千年发展目标报告》显示,中国极端贫困人口比例从1990年的61%下降到2002年的30%以下,率先实现比例减半,2014年又下降到4.2%,中国对全球减贫的贡献率超过70%。中国成为世界上减贫人口最多的国家,也是世界上率先完成联合国千年发展目标的国家。

中国在经济快速增长的过程中实现了大规模减贫,不仅对全球减贫事业做出贡献,而且形成了减贫的中国方案。中国国际扶贫中心谭卫平指出,中国特色社会主义的制度优势是中国减贫取得成功的根本保证;坚持改革开放,保持经济持续增长,是中国减贫取得成功的前提条件;坚持政府主导,既制定长期减贫规划,又确定年度减贫目标,是中国减贫取得成功的战略导向;此外,坚持精准扶贫、精准脱贫方略,因地制

宜、分类施策是中国减贫取得成功的关键手段；最后，重视发挥市场的作用，积极动员社会各方参与，是中国减贫取得成功的力量源泉^①。

改革开放 40 年来，中国政府在多维扶贫上取得了举世瞩目的成绩，然而，还存在一些有待改进的地方。教育扶贫上，应避免重蹈“大跃进”时期的冒进主义、撒点并校过程中的盲目主义，要积极解决因农民工进城带来的留守儿童、随迁子女的义务教育问题。医疗扶贫上，在“广覆盖、保基本”的前提下，需要进一步提高农村居民的保障水平；电力扶贫上，在满足农村居民生活用电的基础上，进一步保障农村生产用电需求；交通扶贫上，大部分贫困地区公共客运服务基本解决了“开得通”问题，如何“留得住”却是一个难点（向爱兵、李名良，2016）；安全饮用水上，如何解决水污染带来的健康问题，依然任重道远；信息化扶贫上，不仅要加强信息化基础设施建设，还要培养能熟练使用农业科技信息的人；易地扶贫搬迁上，不仅要重视安置区的基础设施建设，更要重视健全当地教育、医疗、卫生、文化等公共服务设施，让搬迁人口“搬得出、留得住”；农村社会保障上，进一步缩小城乡社会保障在立法、管理体制、资金筹集和待遇方面的差距。

（三）党的十八大以来的扶贫攻坚战

党的十八大以来，以习近平同志为核心的党中央把农村贫困人口全部脱贫作为全面建成小康社会的标志性指标。2013 年至 2016 年期间，农村贫困人口每年减少超过 1000 万人，累计脱贫 5564 万人；贫困发生率从 2012 年底的 10.2% 下降到 2016 年底的 4.5%，下降 5.7 个百分点；贫困地区农村居民收入增幅高于全国平均水平，贫困群众生活水平明显提高，贫困农户饮水难、上学难、就医难、住房不安全等问题逐步解决，贫困地区面貌明显得到改善^②。

十八大以来党中央提出要在 2020 年彻底根除贫困。一些人对于这一目标持有异议，认为省、市、县、乡四级第一书记以及大批干部下乡一对一帮助贫困户精准脱贫成本太高、效率低下。然而，这是十八大以来践行党的群众路线的重要举措，中国农村的贫困问题很大程度上是由乡村基层治理的失败造成的。让省、市、县、乡四级第

① 来自经济网《精准扶贫，为全球贡献中国智慧和力量——访中国国际扶贫中心副主任谭卫平》，<http://www.jingji.com.cn/html/news/djxw/78935.html>。

② 来自新华网《脱贫攻坚如何精准发力？解读中共中央政治局第三十九次集体学习精神》，http://www.xinhuanet.com/mrdx/2017-02/23/c_136078606.htm。

一书记以及大批干部下乡扶贫有助于提高乡村治理水平^①。相关研究也发现，贫困导致贫困人口判断能力、企划能力下降（Mani et al., 2013），贫困户的社会关系网络更为薄弱、借贷能力较低（向仁康，2011）。贫困人口在社会上没有声音，经济上极为脆弱。省、市、县、乡四级书记及大批干部驻村一对一精准扶贫就是给贫困户提供智力、财力、社会网络关系扶贫，并通过产业项目推动贫困户在经济上脱离贫困，真正做到“弱农户、强推动”。

2010年前后，中国成为世界第二大经济体和第一大制造国，减少对出口的依赖和有效增加内需是中国经济稳步增长的关键。快速根除贫困和逐步减少收入差距一方面可以改善中低收入群体的生活质量，另一方面可以提高市场有效需求。中低收入群体的边际消费倾向最高，因而，根除贫困和减少收入差距是中国经济稳步增长的重要基础。

（四）2020年根除贫困后的挑战及对策

在继续保持中国在教育、医疗、男女平等、水电、交通、信息化、改炉改灶、厕所卫生、低保、五保、自然灾害救助等方面的多维扶贫之外，还应该关注以下问题。

实施农村农牧业保险，避免脱贫户返贫。2020年根除贫困后面临的重要问题是如何保证那些脱离贫困但是收入水平徘徊在贫困线附近的农户不再陷入贫困。农牧业生产受气候变化和自然灾害的影响较大，从事农牧业生产的农户在经济上是十分脆弱的，一场天灾就会导致这些农户再次陷入贫困。农牧业生产保险成为2020年后脱贫农户不再陷入贫困的重要制度保障。

建立大医院专家教授乡村定期巡回制度，解决偏远地区人民就医难问题。对于广大农村居民而言，求医看病恐怕是最困难的事情了。不仅路途遥远、差旅费用高昂，而且常常很难得到好医生的治疗。在十八大以来的扶贫攻坚战中，陕西省建立了省城大医院的专家教授乡村巡回医疗制度，到县城、乡镇甚至农民家里为农民诊治，大大缓解了农民就医难问题。如果建立全国大医院的专家教授常年乡村巡回医疗制度，将有效缓解农民的就医难问题。

因病致贫依然是农村脱贫群体返贫的一个主要风险，尽管农村医保制度在很大程度上可以帮助患病家庭报销医疗费用，但是患病家庭的陪护任务也是一项沉重的负担。实际上，导致农户陷入贫困的疾病多是一些常见病。如果对这些疾病进行早期医学干

^① 来自郑永年《中国农村的贫困与治理》，http://news.ifeng.com/a/20170508/51057591_0.shtml。

预，可以避免大部分疾病的发生，不仅可以节约农村医保基金的开支，而且可以在很大程度上避免农户因病致贫。

在贫困地区设置小学，解决贫困家庭儿童上学难问题。农村撤校并校在一定程度上导致了贫困地区农村儿童上学远、辍学率高等现象；上学远加重了农村居民上学、陪护、住宿、伙食等方面的成本，而这部分教育成本又转嫁给了贫困农村居民（史耀波、赵欣欣，2016）。在贫困地区和山区恢复小学将改善贫困地区儿童的受教育状况、减轻贫困家庭的教育负担。

增加对农村离异女性的救助，避免离异女性陷入贫困。难以脱贫的农村妇女及其家庭，通常面临两种以上的贫困因素威胁。子女教育费用居高不下，家庭成员患病（尤其是慢性病），医疗开支巨大以及劳动力缺乏等多种因素交叉并存。此外，婚姻风险正成为农村留守妇女面临的另一大致贫因素。留守妇女的家庭收入主要依赖丈夫的务工收入，一旦离婚，离异女性更容易陷入贫困（吴惠芳，2016）。

调整国家户口居住政策，从根本上解决留守儿童问题。2010年农村留守儿童人数高达6100万，留守儿童得不到父母的关爱，身心健康、教育、安全等受到严重影响（段成荣，2016）。改革城镇户籍制度、改善居住政策、提高城市对农民工的全方位接纳、允许农民工子女入托入学将有助于解决农村留守儿童问题。

移风易俗，减少农村因大操大办婚丧嫁娶导致的贫困。近年来农村大操大办婚丧嫁娶升学满月酒等，导致农户经济负担沉重。县乡政府应该加强宣传，倡导清新节俭的社会风尚。

消除乡村环境污染，建设美丽乡村。随着农村富裕程度的提高和农村消费工业品的大幅度增加，农村各类工业消费品的污染越来越严重。集中科学处理农村工业消费品垃圾，将有助于美丽乡村的建设。此外，2020年根除贫困后，加强乡村党建、乡村治理的任务依然较重，强化大学生村官和县乡干部下村，将有助于改善乡村治理。

当前政府和学者关于贫困的讨论主要是围绕绝对贫困和收入贫困，然而，贫困还包括相对贫困和多维贫困。在2020年根除绝对贫困以后，中国政府要将扶贫的重心转移到相对贫困和多维贫困上，尤其要通过发展教育和加强社会阶层的流动性，减少代际贫困。

参考文献:

- 储宇奇 (2013), 《完善我国新型农村养老保险制度的对策研究》, 《农业经济》第3期, 第29-31页。
- 杜玉开、王友洁 (2008), 《中国妇幼卫生事业的发展历程和展望》, 《中华预防医学杂志》第42卷第z1期, 第104-107页。
- 段成荣 (2016), 《解决留守儿童问题的根本在于止住源头》, 《武汉大学学报(人文科学版)》第69卷第2期, 第15-18页。
- 樊桦 (2004), 《中国交通扶贫: 回顾与展望》, 《宏观经济管理》第6期, 第27-31页。
- 胡桂英、陈诚文 (2007), 《城乡数字鸿沟与农村信息扶贫》, 《重庆第二师范学院学报》第20卷第1期, 第29-31页。
- 黄佳豪 (2009), 《建国60年来农村养老保险制度的历史探索之路》, 《决策咨询通讯》第6期, 第61-66页。
- 黄英君 (2009), 《中国农业保险制度的变迁与创新》, 《保险研究》第2期, 第52-58页。
- 蒋华 (2005), 《改革开放以来我国扫盲教育的政策与实践》, 《四川师范大学学报(社会科学版)》第32卷第6期, 第12-16页。
- 蒋积伟 (2009), 《1978年以来中国救灾减灾工作研究》, 博士学位论文, 中共中央党校。
- 金银龙、汤宁、何公理、程义斌 (2009), 《农村室内空气污染控制的可持续综合干预模式探讨》, 《中华预防医学杂志》第43卷第8期, 第660-663页。
- 孔昭林 (2004), 《信息通讯技术扶贫与地方政府——信息扶贫对地方政府干部信息观念、素质和能力的影响》, 《中国行政管理》第12期, 第34-36页。
- 雷晓康、王茜 (2009), 《中国最低生活保障制度现状与回顾》, 《社会保障研究》第2期, 第45-55页。
- 李春根、赖志杰 (2009), 《我国农村五保供养制度: 回顾和评述》, 《沈阳师范大学学报(社会科学版)》第33卷第1期, 第79-83页。
- 李川、赵元凤 (2015), 《中国农业保险的发展历程》, 《现代经济信息》第5期, 第

358 页。

- 李代鑫、杨广欣 (2006), 《我国农村饮水安全问题及对策》, 《中国农村水利水电》第 5 期, 第 4-7 页。
- 李德成 (2013), 《创造与重构——集体化时期农村合作医疗制度和赤脚医生现象研究》, 北京: 中国书籍出版社。
- 李锦 (2006), 《数字鸿沟与信息扶贫》, 《现代情报》第 3 期, 第 36-38 页。
- 刘成祥 (2004), 《农村燃柴地区控制室内空气污染健康教育诊断研究》, 硕士学位论文, 四川大学。
- 刘峰 (2016), 《对新常态下农业保险发展改革的几点思考》, 《保险理论与实践》第 2 期, 第 1-7 页。
- 刘奇 (2015), 《贫困不是穷人的错》, 上海: 三联书店。
- 罗国亮 (2011), 《中国农村电力发展政策: 演变、问题与展望》, 《经济研究参考》第 51 期, 第 40-47 页。
- 罗祖兵 (2009), 《义务教育的伟大历程》, 《教育研究与实验》第 1 期, 第 5-8 页。
- 彭泽平、姚琳、黄娥 (2016), 《新中国义务教育普及与发展的历史经验》, 《当代中国史研究》第 6 期, 第 115 页。
- 浅井加叶子、王国勋、刘岳兵 (1997), 《1949-1966 年中国成人扫盲教育的历史回顾》, 《当代中国史研究》第 2 期, 第 109-120 页。
- 沈芳 (2006), 《农村贫困地区妇女儿童室内燃烟暴露现状及干预策略探讨》, 硕士学位论文, 四川大学。
- 史耀波、赵欣欣 (2016), 《农户视角的撤点并校政策认可度影响因素识别研究——基于陕西、宁夏与青海农村调研数据》, 《中国农业大学学报》第 21 卷第 7 期, 第 171-180 页。
- 孙吉昌 (2009), 《做服务社会主义新农村建设的先行者——纪念建国 60 周年国家电网公司农电发展成就回顾》, 《农村电工》第 12 期, 第 1-2 页。
- 陶勇 (2009), 《中国农村饮用水与环境卫生现状调查》, 《环境与健康杂志》第 26 卷第 1 期, 第 1-2 页。
- 王喆、蒋爱群、白启云 (2005), 《信息扶贫绩效分析》, 《中国科技论坛》第 6 期, 第 97-101 页。
- 乌德亚·瓦格尔、刘亚秋 (2003), 《贫困再思考: 定义和衡量》, 《国际社会科学杂志 (中文版)》第 1 期, 第 151-160 页。

- 吴惠芳 (2016),《农村妇女扶贫面临的新挑战》,《妇女研究论丛》第6期,第12-14页。
- 伍绍芳 (2015),《改革开放以来党的农村低保政策的历史考察——以湖南省会同县为例》,硕士学位论文,湘潭大学。
- 向爱兵、李名良 (2016),《贫困地区交通发展问题及交通扶贫政策效果分析》,《综合运输》第38卷第11期,第21-24页。
- 向仁康 (2011),《社会资本理论视角下我国城市贫困及反贫困研究》,《文史博览(理论)》第9期,第42-44页。
- 谢俊贵 (2003),《社会信息化过程中的信息化与信息扶贫》,《情报科学》第21卷第11期,第1138-1141页。
- 杨鸿义 (2008),《农电改革和发展的历史丰碑——从“两改一同价”到“新农村、新电力、新服务”农电发展战略》,《农电管理》第8期,第9-11页。
- 杨梅芳 (2008),《法律与制度对我国性别平等进程的影响》,《党政干部论坛》第10期,第39-41页。
- 杨学农、林全营 (1998),《国家信息化与信息扶贫》,《广播电视信息》第9期,第9-16页。
- 杨一帆 (2009),《中国农村社会养老保险制度的困境、反思与展望——基于城乡统筹发展视角的研究》,《人口与经济》第1期,第67-73页。
- 应松年 (2010),《巨灾冲击与我国灾害法律体系的完善》,《中国应急管理》第9期,第20-23页。
- 曾小溪、汪三贵 (2017),《易地扶贫搬迁情况分析思考》,《河海大学学报(哲学社会科学版)》第19卷第2期,第60-66页。
- 郑立柱 (2011),《抗战时期晋察冀边区的扫盲教育及其启示》,《河北大学成人教育学院学报》第13卷第4期,第15-17页。
- 钟慧笑 (2016),《教育扶贫是最有效、最直接的精准扶贫——访中国教育学会会长钟秉林》,《中国民族教育》第5期,第22-24页。
- Alkire, Sabina & James Foster (2011). Counting and Multidimensional Poverty Measurement. *Journal of Public Economics*, 95(7-8), 476-487.
- Alkire, Sabina & Suman Seth (2012). Selecting a Targeting Method to Identify BPL Households in India. *OPHI Working Paper*, No. 53.
- Mani, Anandi, Sendhil Mullainathan, Eldar Shafir & Jiaying Zhao (2013). Poverty

Impedes Cognitive Function. *Science*, 341(6149), 976 –980.

Ravallion, Martin & Shaohua Chen (2007). China's (Uneven) Progress Against Poverty. *Journal of Development Economics*, 82(1), 1 –42.

Sen, Amartya (1999). *Development as Freedom*. New York: Oxford University Press.

Achievements and Prospects of Multidimensional Poverty Reduction in China

Chen Yanfeng & Xia Qingjie

(School of Economics, Peking University)

Abstract: Since the establishment of the People's Republic of China, the Chinese government has made remarkable progress in poverty alleviation, in particular in the following spheres, including human capital (education, medical care, gender equality, maternal and child health, and the prevention and cure of iodine deficiency), infrastructure construction (transportation, electricity, information and safe drinking water), the living environment (toilet hygienic situation, improvement of coal-burning ovens and stoves, relocation), and rural social security (five-guarantee support, subsistence security, rural pension system, natural disaster relief and agriculture insurance). Since the 18th National Congress of the Communist Party of China, the Chinese government has made significant achievements in eliminating poverty and strengthening rural governance. However, China is still confronted with the challenge of returning to poverty after the year of 2020.

Keywords: multidimensional poverty, poverty alleviation in human capital, poverty alleviation in infrastructure, poverty alleviation in living environment, poverty alleviation in social security

JEL Classification: I30, I00, H50, B20

(责任编辑:王永洁)