



# 人口老龄化背景下城市老年人生活保障机制研究

——基于武汉市经验分析

郭林熊波

**摘要:**如何完善人口老龄化背景下的城市老年人生活保障机制至关重要。来自武汉市的经验表明,人口老龄化和高龄化对养老保险和医疗保险等老年生活保障资金制度和老年照顾服务体系带来了挑战。以切实保障城市老年人生活为目标,合理的选择应是,有效实施养老保险和医疗保险制度结构整合,力推养老服务体系优化。

**关键词:**人口老龄化;老年人生活保障机制;养老服务

2000年,中国的老年人口占总人口比例达到7%,进入到人口老龄化社会。之后中国的老年人口无论总体规模还是相对比例都呈迅速增长的趋势。《中国老龄事业发展报告(2013)》显示,到2012年底,中国60岁及以上人口达到1.94亿,2013年超过2亿,占总人口的比例达14.8%(中国社会科学院,2013:2)。中国人口老龄化的最大特征是未富先老,且其过程伴随而来的是老年群体保障问题逐渐凸显。

在全国城市地区中,武汉市的经济和社会发展处于平均水平,具有典型样本的意义。故以武汉市为例进行分析,可在一定程度上了解中国城市地区的平均概况。本文利用武汉市第六次人口普查资料的最新数据,对该市人口年龄结构总体情况及老年人口结构进行描述和分析;并结合2002—2010年武汉市统计年鉴,分析近十年来该市人口老龄化的变动情况,从养老保险、医疗保险、老年人照料服务体系三个方面分析人口老龄化对老年人生活产生的影响;最后,基于上述研究,提出了切实保障老年人生活的政策建议。

## 一、武汉市人口年龄结构变动特点

### (一) 人口年龄结构变化明显

国际上通常根据一个国家或地区的0—14岁少儿人口比重、15—64岁劳动力年龄人口比重和65岁及以上老年人口比重来分析一个社会的人口年龄结构。武汉市第六次人口普查结果显示,截至2010年11月1日零时,常住人口为978.5388万人。其中0—14岁少儿人口为97.66万人,占比9.98%;15—64岁劳动力年龄人口为801.33万人,占比81.89%;65岁及以上老年人口为79.56万人,占比8.13%。

结合2001—2010年武汉市统计年鉴数据(见表1)可以发现,武汉市人口年龄结构变化有以下显著特点:

#### 1. 0—14岁少儿人口比重呈明显下降趋势

2010年少儿人口比重由2001年的16.30%下降到9.98%,10年下降了6.32个百分点。其中,2008年下降到最低值9.06%后,近两年略有回升,但总体呈下降趋势。

2. 15—64岁劳动力年龄人口数年均增速明显高于人口总量增速, 占总人口比重大幅上升

2010年劳动力年龄人口所占比重为81.89%, 比2001年的75.47%上升6.42个百分点。

3. 65岁及以上老年人口比重在波动中逐年上升

武汉市65岁及以上人口所占比例由2001年的8.23%上升到2009年的9.86%, 之后略有下降, 2010年为8.13%。造成这一现象的原因是多方面的, 目前的数据无法给出进一步的分析, 但有一个因素是无法忽略的, 即武汉市作为湖北省的省会, 在8+1城市圈的发展中处于龙头地位, 能够吸引大量周边地区的年轻流动人口进入, 这会在一定程度上增加劳动力年龄人口的比例, 出现老年人口所占比例下降的现象。

表1 2001—2010年武汉市人口年龄结构变化情况

(单位: %)

年份	0—14岁	15—64岁	65岁及以上
2001	16.30	75.47	8.23
2002	15.24	76.35	8.41
2003	14.13	77.24	8.63
2004	13.06	78.63	8.31
2005	11.90	79.39	8.71
2006	11.08	79.89	9.03
2007	10.52	80.16	9.32
2008	10.14	80.38	9.48
2009	9.89	80.25	9.86
2010	9.98	81.89	8.13

资料来源: 2010年数据来自武汉市第六次人口普查汇总数据, 其余年份数据来自《武汉市统计年鉴(2002—2010)》。如无特殊注明, 数据均来源于此。

## (二) 人口负担系数变化明显

人口负担系数是考察一个国家和地区人口年龄结构的重要指标之一。其具体包括: 少儿抚养比, 即0—14岁人口数/15—64岁人口数; 老年抚养比, 即65岁及以上人口数/15—64岁人口数; 总抚养比, 即(0—14岁人口数+65岁及以上人口数)/15—64岁人口数, 也即是少儿抚养比与老年抚养比之和。通常情况下, 一个社会的劳动力年龄人口是生产人口, 这一群体所占比例越大, 意味着越有利于经济的发展, 社会的负担越小。2001—2010年武汉市的人口负担系数呈现出以下特征(见表2):

表2 2001—2010年武汉市人口负担系数变化情况

(单位: %)

年份	少儿抚养比	老年抚养比	总抚养比
2001	21.60	10.90	32.5
2002	19.96	11.02	30.98
2003	18.29	11.17	29.46
2004	16.61	10.57	27.18
2005	14.99	10.97	25.96
2006	13.87	11.30	25.17
2007	13.12	11.63	24.75
2008	12.61	11.79	24.40
2009	12.32	12.29	24.61
2010	12.19	9.92	22.11

### 1. 少儿抚养比大幅下降

武汉市少儿抚养比由2001年的21.60%下降到2010年的12.19%, 10年下降了近10个百分点。

### 2. 老年抚养比波动中略有上升

武汉市老年抚养比从2001年的10.9%上升到2009年的最高值12.29%, 之后略有下降, 2010年

为 9.92%。

### 3. 总抚养比呈逐年下降趋势

由于少儿抚养比下降的速度远远快于老年抚养比升高的速度,所以武汉市 10 年间总抚养比的变化情况是总体上呈大幅下降的趋势,由 2001 年的 32.5% 下降到 2010 年的 22.11%。上述总抚养比的变化主要与少儿抚养比的变化相一致。由于 2001—2010 年武汉市的老龄化速度相对较慢,对总抚养比的影响相应较弱。因此,武汉市目前仍处于人口红利期。较低的总抚养比使总人口的负担系数较低,这有利于武汉在中部崛起的过程中具有合理的人口年龄结构,有助于其经济的快速发展。

### (三) 人口年龄结构为老年型

根据联合国提出的标准,通常按少儿人口比重、老年人口比重、老少比和年龄中位数的一定数值,将人口划分为年轻型、成年型和老年型三种类型。划分标准及武汉市 2010 年相关数据如表 3 所示。

表 3 人口类型的划分及武汉市相关数据

类型	0—14 岁人口比重(%)	65 岁及以上人口比重(%)	老少比 65+/0—14(%)	年龄中位数(岁)
年轻型	>40	<4	<15	<20
成年型	30—40	4—7	15—30	20—30
老年型	≤30	≥7	≥30	≥30
2010 年武汉市	9.98	8.13	81.46	35.00

从对比划分标准和武汉市相关数据可以看出,2010 年武汉市少儿人口比重、老年人口比重、老少比和年龄中位数四个指标都属于“老年型”社会的标准。其中少儿人口比重甚至低于 10%,老少比高达 81.46%。总体而言,虽然武汉市已步入老年社会,但老龄化的程度还较轻,尚处于人口红利期。

### (四) 老年人口内部年龄结构变化

武汉市人口老龄化程度在波动中逐步加深的同时,老年人口内部的年龄结构也在发生变化(见表 4)。

#### 1. 人口老龄化与人口高龄化并存

人口高龄化有两种定义:一是指高龄老人(80 岁及以上)数占总体人口数比重的上升过程;二是高龄老人(80 岁及以上)数占老年人口数比重的上升过程。2001—2010 年,武汉市高龄老人占老年人口的比重由 2001 年的 13.61% 上升到 2009 年的最高值 19.17%,2010 年略有下降。

#### 2. 高龄老人中女性占较大比重

2001—2010 年,女性高龄老人所占比例总体为六成,高龄老人女性化现象突出。相比其他老人,高龄老人的生活照料和医疗需求更多。相比男性高龄老人而言,女性高龄老人的退休收入往往较低,晚年生活会面临更多的挑战,因此女性高龄老人是一个格外值得关注的群体。

表 4 2001—2010 年武汉市老年人口内部年龄结构的变化

(单位:%)

年份	65—79 岁			80 岁及以上		
	总计	男	女	总计	男	女
2001	7.11(86.39)	48.17	51.83	1.13(13.61)	39.96	60.04
2002	7.21(85.73)	48.20	51.80	1.19(14.27)	36.76	63.24
2003	7.33(84.94)	48.46	51.54	1.30(15.06)	37.32	62.68
2004	7.16(86.16)	48.28	51.72	1.27(13.84)	36.99	63.01
2005	7.32(84.04)	48.45	51.55	1.39(15.96)	37.57	62.43
2006	7.52(83.28)	48.65	51.35	1.50(16.72)	38.16	61.74
2007	7.66(82.19)	48.74	51.26	1.66(17.81)	38.77	61.23
2008	7.73(81.54)	48.68	51.32	1.75(18.46)	39.33	60.67
2009	7.97(80.83)	49.71	50.29	1.90(19.17)	39.86	60.14
2010	6.78(83.39)	48.97	51.03	1.34(16.61)	41.79	58.21

注:表格中总计下的两列,每一列中前一个数值表示占总人口的比重,括号中的数值表示占老年人口的比重。

## 二、人口老龄化对老年人生活的影响

《全球老龄化的挑战:人口学如何重塑 21 世纪的世界》一文提到,美国战略与国际研究中心邀请了美国、日本、欧洲主要国家的政府、工商业、学术界和非政府机构的 85 位权威人物,分析了全球老龄化给财政、金融、经济和国际政治带来的挑战。作者将这些挑战归纳为五个方面:(1)不断上升的退休成本带来财政的挑战。随着人口老龄化程度不断提高,需要保障的人口将迅速增多,这将对社会保障制度产生极大的冲击。(2)不断衰老和萎缩的劳动力人口带来的劳动力挑战。不断下降的出生率会导致普遍的劳动力短缺。在西北欧国家,劳动力短缺的问题已成为制约经济发展的一个重要因素。人口老龄化的另一个后果是劳动力人口的老龄化,这将影响劳动生产率的提高。(3)停滞和不断衰退的市场带来的经济增长挑战。萎缩的经济意味着对基础设施和资本商品如高速公路、住房和钢铁需求的不断下降。发达国家消费市场将萎缩,这种萎缩也将危及发展中国家的经济。(4)资产贬值和资本巨变带来的金融挑战。全球老龄化预示着更加动荡的世界金融市场时代的到来。(5)人口大国力量的改变和吃紧的国防预算带来的地缘政治挑战。从古希腊一直到现在,历史学家们观察到文明的兴起和衰落与人口趋势密切联系。纵观历史,缩减的人口从军事上、经济上和文化上屈服于膨胀的人口(李兵等,2003:70)。

武汉市已经迈入老龄化社会,虽然近 10 年来 65 岁及以上人口所占比例呈波动的状态,但总体上是呈升高的趋势。人口老龄化将会给武汉市的社会经济发展带来一系列的影响,这其中有些与西方国家类似的影响,也有一些是其自身独具的特点。

### (一) 人口老龄化对社会养老保险制度的影响

老龄高龄社会面临的首要问题是养老。西方发达国家不断上升的退休成本已经给政府财政带来巨大的挑战。近 20 年来,发达国家用于老年人的社会保障与福利开支大幅度增加。依据经济合作与发展组织(Organization for Economic Co-operation and Development, OECD)的预测,人口老龄化将导致老年人口相关社会支出占 GDP 的比重从 2000 年的 19% 上升到 2050 年的 26%,其中一半是养老金支出(International Monetary Fund, 2003:15)。

如前所述,武汉市的老齡化趋势表现为老年人口比例逐渐增加,并伴随着人口的高龄化。以前的家庭一般会有两个或以上的孩子。传统的养老观念强调老年人与子女及其家庭成员生活在一起,这在代际关系中具体表现为父母有责任抚养子女,子女成年后也有义务赡养老人的一种“反馈式”的抚养关系。20 世纪 70 年代,计划生育政策开始实施后,城市地区家庭多是只有一个孩子,形成夫妻两人上有 4 个老人、下有一个孩子的 4:2:1 局面。同时,社会的现代化发展、人们生活方式和家庭观念的转变,丁克家庭大量出现,一定程度上加快了家庭结构小型化的进程(见表 5)。一方面,家庭规模不断缩小使得传统的家庭养老经济功能迅速衰退,工作一代缺乏同时照顾四个老人的充足经济实力;另一方面,社会养老保险制度尚未健全,特别是城镇居民基本养老保险制度设计存有不合理之处,且水平很低。上述两方面呼唤公平可持续养老保险制度作用的充分发挥。

表 5 武汉市 2001—2010 年家庭户规模的变动情况(单位:人)

年份	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
家庭户规模	3.47	3.42	3.40	3.25	3.21	3.21	3.18	3.14	3.10	3.01

### (二) 人口老龄化对医疗保险制度的影响

人均医疗费用与不同年龄的人群有关。一般情况下,60 岁及以上年龄组的医疗费用是 60 岁以下人群的 3—5 倍。例如,美国、德国和芬兰 65 岁及以上老年人医疗保健的费用与 65 岁以下人口的医疗费用之比分别是 3.9:1、2.7:1、3.8:1(李玲、陈秋霖,2006:26)。在发达国家,由于老年人对医疗卫生保健服务有很大的需求,尤其是慢性病发病率和不治之症患病率较高的高龄老人人数增长,使医疗保健费用在国民生产总值中所占的比重直线上升。在不少发达国家,医疗保险是政府预算开支增长最快的部分。人口日趋老龄化高龄化的西方社会,都面临着如何维持今后医疗保险制度可持续发展的问題。

我国的调查数据显示,老年人口的慢性病发病率远高于其他人群。60岁及以上人群的患病率是总人群的2.5—3倍。与20—29岁年轻人群相比,老年人群患恶性肿瘤、高血压、糖尿病、脑血管病的水平分别为其131倍、115倍、100倍、135倍(曾光,2006:57)。我国人口在平均预期寿命延长的同时,人口的不健康预期寿命也有增加趋势。2000年人口普查显示,我国60岁及以上男女人口的平均预期寿命分别为3.9岁和6.2岁,比1990年提高了不少,特别是女性(李建新,2009:23)。不健康预期寿命的延长首先意味着医疗照顾费用的增加。与此同时,从流行病医学角度看,人口老龄化的过程又是疾病模式的转变即从传染性、寄生性病害为主转向以慢性病、变性病为主的过程。现代非传染性疾病,如心脏病、癌或抑郁症的增多,不仅会增加医疗费用的支出,而且将可能导致巨大的人力和社会损失。

### (三) 人口老龄化对老年人照料体系建设的影响

目前社会上的养老方式纷繁多样,一般可将其归为三种:家庭养老、机构养老、居家养老。从历史发展的时间角度看,随着社会发展、人们观念和老年人状况的改变,这三种养老方式依次出现;从老人照顾的空间角度来看,这三种养老方式目前在社会中同时存在,通过多种形式,共同构成老年人照料体系,为维护老年人权益和保障老年人晚年生活稳定提供支撑(Agree, et al., 2005:78)。如上所言,家庭结构日趋小型化,这使得现在年轻人无法保证尽好赡养老人义务的时间和精力。因此,单靠孩子养老的不可行性和压力都不断增加,传统养老服务功能持续弱化(Li, 2005:470)。此外,人口老龄化对老年人照料服务体系建设的还应关注如下方面。

#### 1. 机构化养老服务设施难以满足需求

在家庭结构小型化的同时,武汉市在机构化养老服务设施的建设中仍存在着总量不足的问题。近年来,武汉市通过开展养老服务社会化示范活动,推行市办、区办、乡镇办、社会办、居家养老“五位一体”的社会化养老服务发展模式;对社会力量办养老机构予以补贴或资助,使全市社会养老机构呈现档次提升、发展加快、功能加强的态势。但是,武汉市养老院床位缺口依然很大。根据武汉市老龄委的统计(王荣海,2013),截至2012年底,武汉市中心城区养老机构入住率为71.47%,远高于新城区的41.60%,公办社会福利院“一床难求”现象较为突出;中心城区老龄化率与百名老人平均床位数呈现“倒挂”现象,老人就近入住养老机构困难,床位配置严重不足,未达到全市平均水平。武汉240家全托型养老机构中,仅有15.4%的公办机构和大型民办机构具备医疗、护理、康复、休闲、餐饮等较为全面的养老服务功能,其余机构仅具有护理、照料等基本功能,无法满足多元化的发展需求。

#### 2. 空巢老人照料问题凸显

空巢家庭是家庭生命周期中的一个阶段。一般我们所说的“空巢”是指子女长大成人后从父母家庭中相继分离出去,而只剩下老年一代人独自生活的家庭。在统计上,通常将只有夫妇两人家庭户数及老年人独居一人家庭户数合计作为空巢家庭户的数量。随着社会的发展及人们价值观念改变,空巢家庭迅速增加。武汉市六普数据显示:60岁及以上的老年人口中,一人独居户9714户,一对夫妇户38068户,这意味着武汉市有近5万户的老年空巢家庭。老年空巢家庭成员既面临着生活保障压力,又会出现一定心理问题,还令家庭中老年父母的子女深深牵挂,这要求建立完善的社会养老服务体系,来切实保障他们的生活和精神满足,同时解除年轻人的牵挂之忧。

#### 3. 高龄和失能老年群体更需要良好的社会照料资源

随着老龄化的持续加剧,老年群体中的高龄化问题日益严重。目前全国80岁及以上老人正在超高速增长,约为老年人口增速的2倍。2010年末全国城乡部分失能和完全失能老年人约3300万,占总体老年人口的19.0%。其中完全失能老年人1080万,占总体老年人口的6.23%。分城乡来看,我国城乡完全失能老年人占老年人数的比例分别为5.0%和6.9%<sup>①</sup>。由于一个失能老人(生活不能自理,必须依靠他人的老年人)最少影响两个家庭,中国现在至少几千万家庭都被失能老人的护理问题所困扰和迷惑。

<sup>①</sup>卫敏丽:《2010年末全国城乡部分失能和完全失能老年人约3300万》,载新华网,http://news.xinhuanet.com/politics/2011-03/01/c\_121135589.htm,2011-03-01。

长期护理缺乏是目前中国老年人照料面临的主要困难之一。第一,从设施看,2008 年全国共有机构类和社区类收养单位 38243 个,养老床位 245 万张,收养的老人差不多为 203 万,其中,农村的“五保”供养机构就有 3 万多个,收养 150 多万人,城镇的养老机构数量不多,收养的老年人其实是很少的;第二,从人员讲,长期护理需要养老护理人员,而全国只有 2 万多有资质的养老护理员。庞大的老年群体需要接受长期照料的服务。现状却是,养老服务由民政部门组织实施,医疗保健服务由卫生部门组织实施,长期照料服务则没有明确的部门组织实施,可以说民政、卫生都在管,也可以说都不管(张冉燃,2010:43)。

武汉市六普汇总数据同样显示出高龄老人和失能老年群体增多的趋势。2010 年武汉市 80 岁及以上的高龄老人达 12642 人,其中女性 7462 人,占 59%,远远高于男性。2010 年 65 岁及以上老人中,“健康”的占 39.1%，“基本健康”的占 46.9%，“不健康,但生活能自理”的占 11.8%，“生活不能自理”的占 2.2%。分年龄来看,老年人的健康状况随着年龄的增加而逐渐变差,“健康”的比例从 65—79 岁年龄段的 42.5% 迅速下降到 80 岁及以上年龄段的 14.1%;与此对应的是,“生活不能自理”的比例从 65—79 岁年龄段的 1.1% 大幅上升到 80 岁及以上年龄段的 8.9%(见表 6)。

庞大的高龄和失能老年群体,特别是完全失能老年群体,日常生活活动必须有人照料,这就需要大量的社会照料资源。然而,随着工业化、城镇化的发展,劳动力人口的迁移,家庭规模的小型化,尤其是计划生育政策不断深入贯彻实施,使得建立在多子女条件下的传统家庭照料模式已经不能适应我国当前的经济社会发展要求。因此,居家养老服务体系更需重点关注高龄和失能老年人,特别是日常生活活动需要照料的完全失能老年人(熊波,2011:11)。

表 6 2010 年武汉市老年人口健康状况(单位:%)

	健康	基本健康	不健康,但生活能自理	生活不能自理
65—69	42.5	47.9	8.5	1.1
70—74	29.4	54.4	14.1	2.1
75—79	22.4	53.9	20.3	3.4
80 岁及以上	14.1	47.5	29.5	8.9
合计	39.1	46.9	11.8	2.2

### 三、思考与建议

尽管与武汉市具有相似人口特征的城市地区现在处于人口年龄结构的黄金时期,老龄化程度还相对较轻,但根据人口转变理论,这种黄金时期并非可持续,随着生育率的下降并维持在较低水平,老龄化的程度会进一步加深。在这种情况下,应该采取有力措施,优化老年保障资金制度和服务体系。

当前,中国城市养老保险和医疗保险制度体系的建设应该以制度结构体系的完善为重点,而结构体系完善的核心手段是制度整合,它有利于中国城市养老保险和医疗保险制度的发展实现有效率的公平。这种有效率的公平的具体含义为:其一,实施积极的就业政策,努力实现充分就业,扩大参加企业职工基本养老保险和城镇职工基本医疗保险制度的人数规模,建立企业职工基本养老保险和城镇职工基本医疗保险制度与城镇居民社会养老保险和城镇居民基本医疗保险制度的对接机制,即当参保者在从业者和非从业者之间转换时,尤其是由非从业者转换为从业者时,能够合理实现养老保险和医疗保险关系在两种养老保险制度和医疗保险制度之间的转移,推动制度发展的条理化与协调化,提高制度运行的效率;其二,通过制度整合,破除养老金“双轨制”和医疗“双轨制”,可构建各类城市老年国民公平享受养老保险和医疗保险权益的制度框架,而制度的高效运行必然能够提升养老保险和医疗保险制度结构体系的公平性,实现养老保险和医疗保险利益在公职和企业退休人员、灵活就业老年人的公平分配(丁建定、郭林,2013:77-82)。

就老年服务体系而言,首要的是整合服务管理部门职能,改观“多龙治水”的局面,提高管理效率。同时,建立老年长期护理保险制度,为养老服务体系的发展提供资金支撑。要积极构建以居家为基础、社区为依托、机构为支撑的,功能完善、规模适度、覆盖城乡的养老服务体系。加强引导机制构建,推进

民间资本积极参与养老服务体系建设。

综上,武汉市人口老龄化与高龄化并存,但老龄化程度还较轻,尚处于人口红利期,这种人口状况和趋势给养老保险和医疗保险等老年保障资金制度和老年照料服务体系提出了要求。与武汉具有相似人口状况和趋势的城市地区应从整合养老保险和医疗保险制度结构与优化养老服务体系入手,构建起公平可持续的老年保障制度体系,对实现“老有所养”给予支持,为中国特色社会主义福利社会的建成提供助力。

#### 参考文献:

- [1] 丁建定、郭林(2013).论中国养老保险制度结构体系整合.武汉大学学报(哲学社会科学版),6.
- [2] 李兵等(2003).全球老龄化的挑战:人口学如何重塑21世纪的世界.人口研究,2.
- [3] 李建新(2009).中国人口结构问题.北京:社会科学文献出版社.
- [4] 李玲、陈秋霖(2006).人口变化对医疗卫生体系的影响.曾毅等主编.21世纪中国人口与经济发展.北京:社会科学文献出版社.
- [5] 熊波(2011).老年人长期照料模式与决策——以个人资本为视角.华中科技大学博士学位论文.
- [6] 王荣海(2013).武汉养老床位数两年增至八万张.楚天都市报,10月9日.
- [7] 张冉燃(2010).老年医疗:挑战已经到来.瞭望,1.
- [8] 曾光(2006).中国公共卫生与健康新思维.北京:人民出版社.
- [9] 中国社会科学院(2013).中国老龄事业发展报告.北京:社会科学文献出版社.
- [10] E. M. Agree, et al. (2005). Reconsidering Substitution in Long-term Care: When Does Assistive Technology Take the Place of Personal Care? *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 60(5).
- [11] International Monetary Fund (IMF) (2003). *The World Economic Outlook (WEO) Database*. <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2013/01/index.htm>.
- [12] L. W. Li(2005). Longitudinal Changes in the Amount of Informal Care among Publicly Paid Home Care Recipients. *The Gerontologist*, 45(4).

## The Life Security System of the Aged in Urban Area on the Background of Population Aging: Based on the Empirical Analysis of Wuhan

Guo Lin (Postdoctoral Researcher, Renmin University of China & University of Munich)

Xiong Bo (Lecturer, Zhongnan University of Economics and Law)

**Abstract:** How to optimize the life security system of the aged in urban area is crucial. It is shown that population aging offers a challenge for the old-age security financial system and the old-age service system from the experiences of Wuhan. In order to security the aged people's life, the reasonable choices are structural integration of pension system and medical insurance system and optimization of old-age service system.

**Key words:** population aging; life security system of old age people; old-age service

■ **作者简介:** 郭林,中国人民大学(社会保障学)和德国慕尼黑大学(政治学)博士后研究人员,德国弗里德里希·艾伯特基金会(FES)资助学者;中国北京100872;德国慕尼黑80538。Email: glinruc@126.com。  
熊波,中南财经政法大学哲学院讲师。(通讯作者);湖北武汉430073。

■ **基金项目:** 教育部哲学社会科学重大课题攻关项目(13JZD019);国家社会科学基金青年项目(12CRK018);教育部人文社会科学研究青年项目(12YJC840047)

■ **责任编辑:** 叶娟丽

