

论我国农村医疗保障制度的构建

兰晓强

(中央财经大学 财政学院 北京 10081)

摘要：医疗保障制度作为社会保障制度的一部分，在保障公民最基本的健康权利中起着重要的作用，但是由于经济、政治、社会历史等原因，我国农村医疗卫生保障制度覆盖范围窄、保障水平低，农民看病难，因病致贫返贫的现象非常得普遍。本文从社会正义与公平、人力资本理论和反贫困理论入手，对农村医疗保障制度建设的必要性进行了理论分析，进而从当前社会政策和社会实践的角度分析了其可行性，进而提出建立一个与经济发展水平相适应的、多层次的农村医疗保障制度。

关键词：农村医疗保障 多层次 医疗救助 政府责任

改革开放以来，农村正经历着一场深刻的变革，这种变革不仅涉及到经济结构的改变，同时也涉及到社会生活方式的改变。农民在解决温饱的基础上，对卫生保健的需求进一步增长，但是由于经济、政治、社会历史等原因，我国农村医疗卫生保障堪忧，医疗保障覆盖面窄、保障水平低与农民收入低、负担能力差的客观实际并存，农村的医疗卫生保障制度亟待建立和完善。因此，建立农村医疗保障制度对促进农村经济社会的可持续发展，维护农村稳定的社会环境，积极推进新农村建设都具有重要的意义。

一、农村医疗保障制度建立必要性的理论分析

(一) 建立农村医疗保障制度有利于实现社会分配的公平和正义

每个人的都拥有一种基于正义的不可侵犯性，这种不可侵犯性即使以社会整体利益之名也不能逾越。因此，正义论否定认为了一些人分享更大利益而牺牲另外一些人的自由是正当的（罗尔斯）。我国农民不论在收入分配中还是在公共卫生资源分配中处于弱势地位，这与农民为经济社会发展做出的巨大贡献形成了强大的反差，这种分配格局与公平正义的基本社会原则相违背。我国农民不论是在革命战争年代，还是在社会主义建设时期和经济体制改革中，都作出过重大贡献。建国以来，为了支持重工业化优先发展的工业化战略的资本原始积累，工农业产品价格实行不等价交换。据统

计，从1952～1978年工农业产品剪刀差累计达7140亿元；从1978～1991年这种非等价交换又达到13000亿元。由于农业为发展工业作出了贡献，致使农业发展较慢，农民收入较低，造成了农民无力承担高昂的医疗费用。据卫生部2003年进行的“第三次国家卫生服务调查”结果显示，在农村，参加合作医疗的人口比例为9.5%、各种社会医疗保险占3.1%、购买商业医疗保险占8.3%、没有任何医疗保险占79.1%。2000年世界卫生组织在对191个成员国进行的医疗卫生公平性和绩效评价中，中国分别排在第188位和144位。中国已经成为公共卫生资源分配最不公平的国家之一。

（二）建立农村医疗保障制度有利于我国成为人力资本强国

一般认为人力资本投资的两个主要方式是教育和健康，在过去的研究中我们大谈发展教育的重大作用而忽略了健康对经济增长的影响。美国学者mushkin在1962年提交的“健康作为一种投资”一文中，他将“教育与健康”并列为人力资本框架下的孪生概念，并计算出了美国在1900—1960年期间由于人口死亡率的下降带来的经济收益约为8200亿美元，从而归纳出了由于疾病对人力资本和劳动生产率造成损失的“3d”框架（death, disability, debility）。健康投资被认为包括花在照料婴幼儿、营养物品、穿衣、住房、医疗服务、自我照顾等等有关身体健康方面的费用支出，健康投资的效益被表述为健康时间的增多、生病时间的减少，从而导致劳动力人口有较多的时间参加生产劳动，有利于产出的增加，有较为健全的身体和较旺盛的体力投入生产劳动，能提高人的劳动生产率和工作效率。健康资本存量的增加，即健康状况的改善还会刺激人们获取更多的人力资本：其一是刺激人们接受更多的学校教育和获得更多的职业经验，以作为未来收入的投资；其二是刺激父母们更多地投资于其子女的人力资本，特别是智力资本，这对于未来劳动生产率的提高有促进作用。尤其在我国农村人口中教育程度很低，占全部人口的80%，政府和社会对医疗卫生的投资，不仅是为人民群众提供服务，也是对国家健康财富的投资，是对提高生产力投资，是使我们的经济和社会可持续发展的根本保障。建立一个运行良好的医疗保障制度对开发我国人力资源，变人口比较劣势为人口比较优势，实现我国经济持续、稳定健康发展具有重要的意义。

（三）建立农村医疗保障制度是农村反贫困的重要手段

经济学家纳克斯提出的“贫困的恶性循环”理论认为贫困地区居民的平均的收入水平很低，不得不把绝大部分的收入用于基本的生活消费支出。而对于改进生产技术，购买机械化的设备等提高生产率，扩大生产规模资金的十分匮乏，同样对于改善居民的和子女的自身素质的教育和健康的人力资本投资更是少之又少。这样就使贫困地区的居民长期处在低收入——低资本形成——低生产率——低收入的恶性循环。

在农村贫困的原因中尤其在西部之区的农村中因病致贫、因病返贫是一个普遍的社会问题。据统

计数据显示 65%的患病农民应住院而未住院完全由于经济承担能力有限无力支付的占 63%。北京大学的研究人员与 2001 年和 2002 年在安徽、湖南、云南、四川进行调查发现农民家庭两周患病率达 48.65%应就诊而未就诊比率为 81.25%其中经济原因占一半以上。研究表明贫困人口住院费为家庭收入的 2.5 倍，疾病风险成为导致贫困的重要原因。

二、建立农村医疗保障制度的可行性分析

（一）我国公共财政体制的建立，为建立农村医疗保障制度提供了经济基础

农村医疗保障制度能否建立，关键取决于政府的支持，公共财政体制的建立是农村农村医疗保障制度的经济基础。由于政府原来奉行的是“生产型财政”理念，认为公共卫生支出是福利性消费，这就造成了政府在卫生经费投入总量的不断减少，农村所占的比重更低。政府公共卫生支出的减少，实际上使农民成为医疗服务支出的主体，这不仅加重了农民的负担，直接影响了农村公共卫生事业的发展。

公共财政是与市场经济相适应的一种财政类型或模式。由于农村医疗保障是典型的公共产品，市场在供给上是缺位的，那么政府作为弥补市场失灵的工具，理应在农村医疗保障产品上负有不可推卸的责任。2003 年全国农村卫生会议明确指出：各级政府要逐年增加卫生投入，增长幅度不低于同期财政经常性支出的增长幅度；从 2003 年到 2010 年，中央及省、市（地）、县级人民政府每年增加的卫生经费主要用于农村卫生事业，包括卫生监督、疾病控制、妇幼保健和健康教育等公共卫生经费、农村卫生服务网络建设资金等。今年中央财政对新型农村合作医疗试点的补助将增加到 47.3 亿元，力争使试点县（市、区）范围扩大，占到全国县（市、区）总数的 40%左右。通过加强农村卫生服务体系建设，我国将逐步建立适应农民承受能力的农村医药价格管理体系和农村医疗管理体系。

政府对农村医疗保障支出的增加，无疑为建立农村医疗保障制度提供了坚实有力的财力支持，必将推动农村医疗事业的快速发展。

（二）政府在政策上的支持，为建立农村医疗保障制度提供了重要保证

政府在构建农村社会保障制度起着基础作用和主导作用。农村合作医疗保障制度从兴起到衰落都和政府的政策选择分不开。2002 年出台的《中共中央、国务院关于加强农村卫生工作的决定》提出，到 2010 年，要在全中国农村基本建立起适应社会主义市场经济体制要求和农村经济社会发展水平的农村卫生服务体系和农村合作医疗制度。为此，《决定》要求各级地方政府根据实际需要和财力情况，对农村贫困家庭和合作医疗制度给予资助。从 2003 年起，中央财政对中西部地区除市区以外的参加新型合作医疗的农民每年按人均 10 元安排合作医疗补助资金，地方财政对参加新型合作医疗的农民补助每年不低于人均 10 元，具体补助标准由省级人民政府确定。2003 年 1 月 10 日，卫生部、财政部、农业部联合发出“关于建立新型农村合作医疗制度的意见”的文件。文件要

求，从 2003 年起，各省、自治区、直辖市至少要选择 2—3 个县（市）先行试点，取得经验后逐步推开，到 2010 年，实现在全国建立基本覆盖农村居民的新型农村合作医疗制度的目标。2005 年 12 月 31 发布的《中共中央、国务院关于建设社会主义新农村的若干意见》中指出：从 2006 年起，中央和地方财政较大幅度提高补助标准，到 2008 年在全国农村基本普及新型农村合作医疗制度。

综上所述，当前中央和国务院非常重视农村医疗保障制度的构建和推广工作，这正是建立和发展多层次农村医疗保障制度的大好时机。

（三）合作医疗的历史经验，为建立农村医疗保障制度提供了制度借鉴

移植制度中的有效部分，可以大大降低制度变迁的成本，是制度经济学中一个重要原理。众所周知，由 20 世纪 50 年代后期为提高农村居民对医疗卫生购买力，保证农民获得基本的医疗卫生服务，广大依靠农村依靠集体力量，在群众自愿的基础上开始实行集资形式的集体医疗保健制度（后来改称为合作医疗制度）。60 年代在全国推广以后，极大的提高了农村整体的健康水平。合作医疗制度取得巨大成就：预期寿命从建国初期的 35 岁提高到 80 年代初的 67.9 岁；婴儿死亡率从解放前的 200‰ 下降到 80 年代初的 34.7‰；孕产妇死亡率从建国初的 150/万下降到 1988 年的 5.3/万，传染病发病率从 60 年代初的 3200/10 万下降到 80 年代初的 872.3/10 万。被世界银行专家称为“卫生革命”，成为解决农村医疗保障问题的典范。

从 1986 年开始，我国政府就开始在全国的大部分省市开展新型合作医疗的试点工作，1997 年，中共中央、国务院又颁发了《关于卫生改革与发展的决定》来推进农村合作医疗的进程，虽然并没有实现。到 2000 年全面改善农村初级卫生保健工作的目标，但到 2004 年，全国已有 30 个省、自治区、直辖市先后启动了 310 个县（市）的新型农村合作医疗试点工作，约覆盖 9504 万农业人口，实际参加新型农村合作医疗的农民 6899 万，参合率为 72.6%；其中，中西部 22 个省（市、区）启动了 233 个试点县（市），约覆盖 6331 万农业人口，实际参加人数为 4524 万，参合率为 71.5%。全国共筹集资金 30.21 亿元，其中农民个人缴费 10.88 亿元；中西部地区共筹集资金 14.71 亿元，其中农民个人缴费 5.13 亿元，中央财政补助 3.93 亿元，地方财政补助 5.04 亿元，其他渠道支持 6188 万元。到 2004 年 6 月，全国 30 个省、自治区、直辖市，已有 4194.03 万人次得到合作医疗报销补偿，报销金额 13.94 亿元。从总体上看，新型合作医疗的试点工作运行比较平稳、进展比较顺利，试点地区农民也开始受益，在一定程度上缓解了农民“因病致贫、因病返贫”问题，尤其是在一些经济比较发达的地区（北京、上海、江苏、浙江、山东等），合作医疗的建立都取得了可喜的成效，并且在管理、运营等方面也积累了宝贵的经验，这些都为全国范围内多层次医疗保障制度的建立和推广打下了坚实的基础。

三、建立多层次的农村医疗保障制度的思路与政策建议

（一）构建多层次农村医疗保障制度的思路

1. 整体思路

构建多层次的农村医疗保障制度有双重含义：

一是从医疗保障体系的构建角度，将农村医疗保障制度建设成为一个安全的防护网络，满足农村不同人群的需要，同时减轻医疗保险基金的压力。这一制度建包含三层次内容：第一层次是基本医疗保障。通过为每一地区安排一种正式保障制度，保证广大农民享有基本医疗权益；第二层次是补充医疗保障。通过家庭扶助、社区互助、商业医疗保险等非正式制度的倡导和发展，为农民看病提供基本保障外的补充；第三层次是建立农村医疗救助制度，作为农民大病医疗的最后防护线。

二是从不同地区农民的负担水平出发，在农村医疗保障制度建立初期，不同的地区可以探索不同的制度组合，随着收入差距的缩小，逐步实现制度设计的趋同，并最终实现医疗保障制度的城乡统筹。具体而言，在经济发达地区，以新型农村合作医疗为主要内容，逐渐探索与城镇医疗保险制度的对接，辅之以商业保险和医疗救助；在经济欠发达地区，因地制宜，根据当地政府经济发展水平构建起新型农村合作医疗制度，辅之以医疗救助；在经济贫困的西部地区，主要靠政府的财政投入为农民建立起完善的医疗救助，同时充分发挥家庭保障的功能。

2. 指导思想

（1）充分发挥政府的主导作用，为农村医疗保障提供政策支持

政府对农村医疗保障的扶持和维护，是由医疗卫生作为公共产品的属性所决定的，并已成为世界其他国家和我国农村合作医疗的发展历程所证实。强调政府对农村医疗保障的责任，并不仅仅是指各级政府对农村医保的直接资金支持，更重要的是要实现政府主导下的观念转变、政策倾向、法律维护等有利于农村医保健康发展的社会环境。①经济支持，对我国当前的农村医保工作来说，应该是政府的第一责任，无论是划拨国有资产、发行福利彩票、落实土地使用权还是以工哺农等，都必须是当前尽快落实的首要责任；②转变观念，就是要从根本上扭转二元体制观念，正确看待城市与乡村、工业与农业，从而在思维、政策、制度、法律等多方面，综合考虑和配套实施，有效营造平等和谐持续发展的社会；③政策倾向，主要是指对农村医保工作的开展，政府既要有医保政策出台，还要有经济扶持政策、管理政策、法律保护政策，更要有综合协调政策。④法律维护，主要是指以法律的严肃性来有力营造农村医保发展所需要的政策环境、制度环境和社会环境。

（2）扭转城乡二元社会现状，逐步实现医疗保障的城乡统筹

二元社会结构以及由此形成的二元卫生资源配置、二元医疗保障制度，已经成为制约我国农村医保工作开展和发展的主要原因。我国长期实行的二元经济政策不仅形成了现有的城乡差距，而且形成了典型的二元思维、二元政策和二元社会。如果说，二元经济政策是造成我国农村现状的根源性

原因，那么，由此形成的二元思维、二元政策和二元社会则是制约我国城乡不平等现状改变的直接原因，而二元卫生资源配置、二元医疗保障制度更是直接制约着我国农村医保工作的开展，因此，必须尽快扭转二元思维方式、杜绝二元政策措施。既要正视城乡的现有差距和不公正性，又要看到其发展的过程和成因，更要看到工业对农业的“负债”、城市对乡村的“义务”，要从社会整体发展与可持续发展的视角与战略高度，将农村社会保障列为国家重要的发展议题，并有针对性地将其置于能更为优先发展的战略位置。只有这样，才能从根本上保证包括农村医保在内的整个农村社会保障的健康发展。

（二）建立多层次农村医疗保障制度的政策建议

1. 实现新型农村合作医疗的良好运行和可持续发展

（1）建立新型农村合作医疗的长效运行机制

首先，建立稳定的筹资机制。由于信息不对称的存在使政府和农民之间的“博弈”困境难以消除，在潜在利益诱致的制度变迁不能满足社会对幼小制度需求的墙况下，政府的强制性制度变迁就成为一种必然。因此，综合考虑到农村医疗保障基金的规模、保障水平及农民的逆向选择问题，逐渐改变目前自愿性筹资模式，降低筹资成本，实行半强制性的筹资形式；同时，由于医疗需求具有无限扩张的特点，需要建立起与收入水平和物价水平相一致的缴费的动态调整机制。

其次，建立合理的补偿机制。一方面，针对我国新型合作医疗试点地区普遍存在的补偿率过低、资金结余过多的现实，应该提高基金补偿率，科学设定报销比例，降低医疗保险的起付线、提高封顶线，扩大合作医疗的覆盖范围，将慢性病和妇女分娩的费用等纳入合作医疗的保障范围，提高农民的收益程度；另一方面，可以将商业保险引入合作医疗机制，提高新型农村合作医疗的补偿能力，节约新农合资金，控制基金运行风险。

再次，建立科学的管理机制。费用控制机制对于合作医疗的实施有着现实意义，也是决定该制度成败的关键因素。具体而言，一是建立基本药品目录，并由县统一制定药品价格；二是建制医疗立逐级转诊制度，有效控制医疗需求和医疗费用的上涨。同时，合作医疗的监督机制也是合作医疗制度的重要环节，建立起由县乡领导牵头，财政、卫生等相关部门人员组成，吸引少数农民参加的合作医疗的关机机构，对基金的收缴和运行进行监督。

最后，增强新型农村合作医疗制度与城镇医疗保险制度的衔接性。城乡一体化是社会保险制度改革与发展的最终目标，因此，农村医疗保障制度要想实现良好运行和长久发展，必须具备城乡衔接的特征。一些经济发达地区的医疗保险制度的设计逐渐与城镇职工基本医疗保险趋同，开展“统账结合”的医疗保险制度，保障水平可以有所差异，其他地区可以随着经济实力的增强逐渐实现制

度的过渡和衔接。

2. 充分发挥家庭保障的功能

家庭医疗保障，主要是指家庭成员发生的医疗费用支出以家庭积蓄、亲友互助、邻里借贷等方式来实现资金筹措的保障方式，是一种以单个家庭为核心，向亲戚、朋友、邻里、同事等扩散的互助互济的“泛家庭”人际关系网络。尤其在我国农村地区，由于长期受儒家传统思想的熏陶，其血缘、亲情和乡土气息都比较浓厚，再加之农村地区较为简单的社会关系，农户间的情感联系比较强，直到现在，家庭乃至家族在我国农村地区仍具有稳固的社会地位，承负着相当重要的社会保障功能。因此，我们必须清醒地认识到，农村医疗保障制度必须建立在家庭保障的基础之上，要充分发挥家庭在医疗保障中的基础性作用，而不能是仅仅套用西方乃至当前城镇的做法：忽视家庭的基础性作用，甚至谋求以社会保障取代家庭的保障功能，这是与我国几千年的优良传统相违背的，也是不可取的。

另外，我们应当看到家庭在医疗保障中所具有的根源性优势，为社会医疗保障所不可能替代之所在：①家庭保障以血缘关系为根基，讲究抚养和反哺义务的协调和统一，因此，有利于培养家庭成员的责任感，有利于加强家庭（族）成员对宗族血脉的认同感，发扬“孝”文化的“骨肉亲情”、“荣辱与共”的血缘观念和互扶互助、不求回报的亲属观念；②家庭保障以泛家庭（族）为广义范畴，讲究血缘、业缘、地缘的亲情、友情、爱心，以及互扶互助的社会公德和传统美德，有利于维护社会的稳定、和谐、共同发展；③家庭保障的实现方式多种多样，既可是资金救助，也可是实物扶助，还可是劳务援助，更可是“人际关系”等方面的帮助等等，其涉及的人员之多、方式之多，是简单的社会医疗保障所不能比拟的，并且其所达到的经济和感情双方面的帮助，也是社会医疗保障所办不到的。

3. 充分发挥社会救助的基础性作用

社会救助是整个社会保障体系的最低层次，是针对没有生活来源或收入水平低于国家规定的最低标准的人的一种特殊性补贴。由于较低的收入水平，这些人往往被排除在社会保险和保障制度的保护之外，因此，当他们面临疾病风险时，唯一的可能就是无钱看病、无钱就医，导致生命质量的进一步恶化。因此，大力发挥社会救助的基础性作用，既是构筑社会弱者的最后一道生存防线，也是对农村医保工作的重要补充。新时期发挥社会救助对农村医疗的基础性作用，关键是要将扶贫与医疗保障改革结合起来，一方面增加政府在医疗卫生方面的转移支付，另一方面在社会救助基金中专项设立“农村医疗救助基金”。其救助对象主要是“保户”和贫困家庭，救助形式一是对救助对象患大病时给予一定的医疗费用补助，二是资助其参加当地的医疗保障。其执行过程一般是由个人申请，村民代表会议评议，民政部门审核批准，相关医疗机构提供服务。一定规模的救助基金是发挥社会救助基础性作用的根本。随着近年来自然灾害发生的频繁及危害性的升级、转型期居民收入差

距的拉大以及医疗费用的大幅攀升，原有的救助基金预算规模已不能满足当前形式的需要，为此，有必要扩大社会救助基金的筹资渠道：在确保国家财政预算拨付的基础上，可以增加慈善捐助、社会募捐、发行医疗福利债券或彩票等方式，扩充基金的筹集规模，以确保社会救助对农村医疗基础性保障功能的正常发挥。

（三）完善农村医疗保障制度的配套措施

1. 加大农村专项卫生资金投入

农村专项卫生资金投入，是政府针对某些具有地域代表性的地方病症和突发病的控制，以及贫困落后地区公共卫生设施构建、专业卫生人才培养等方面的专项资金支出，是国家快速改善地域性农村医疗卫生条件的重要保证。当前，根据突出重点、突出西部、突出贫困地区的原则，各级政府应在做好已有专项资金项目的同时，每年还应再投入一定数量的专项资金，重点解决好以下几方面工作：①加强贫困地区基础卫生设施建设；②加大卫生防疫工作，重点控制传染病和地方病；③加大妇幼保健工作，降低孕产妇死亡率、婴幼儿死亡率和儿童营养不良发生率；④加强农村专业卫生人才的培训和培养。

2. 深化农村医疗体制改革

首先，深化农村医疗体制改革的关键就是重构农村三级医疗卫生防疫保健网。县、乡、村三级医疗防疫保健网一直是我国农村卫生体系的特色和优势所在，在第一次农村卫生革命中曾发挥了关键性的作用。但随着 80 年代农村经济体制改革，我国农村原有的三级保健网在很多地方已几近解体，尤其是乡、村一级的医疗机构已基本形同虚设，严重制约了三级卫生防疫保健网功能的发挥，为此，必须尽快重构农村三级卫生保健网，并且关键是乡、村卫生机构的建设和县、乡、村三级卫生机构的职能划分问题，以确保卫生资源的合理配置和有效利用，以及医疗转诊制度的顺利开展，构建真正意义上的农村“社区医疗”体制。

其次，深化农村医疗体制改革的另一关键就是重新理顺“三件法宝”功能的协调发挥。三级卫生防疫保健网、合作医疗、赤脚医生，曾是第一次农村卫生革命的“三件法宝”。其中，赤脚医生是基础、合作医疗是保证、三级网络是手段，三者功能各异、互为补充、缺一不可，是农村地区医疗卫生服务和医保工作普及与发展的关键。当前，在推行医保改革和重构三级保健网的同时，必须重新强调“三件法宝”的重要作用及和谐互补的功效，当然，其重点就是要切实抓好乡村医生的管理和培训工作，使其真正发挥应有的基础性作用。

再次，要遵循务实的态度和原则，要正视农村现有的生活水平和生活方式，使农村医疗体制真正做到面向农村、面向农民。（1）正确看待传统中医、中药的作用。中医、中药在我国农村有着天然的

市场和适用人群，农民的生活环境、生活方式、身体状况、疾病谱系等都与中医、中药有着天然的亲和性，开发中医中药的农村市场，不仅符合农村市场的现实需要，更有助于降低医疗费用。（2）强调卫生防疫、健康保健的基础性作用。健康的生活习惯与饮食卫生、有效的疾病控制与防疫，不仅能够有效预防疾病的发生和传播、节约医疗费用开支、而且能够有效提高居民的生活和生命质量促进社会的和谐与稳定。因此，当前的农村医疗体制改革必须重点突出其防疫和保健的功能。

参考文献

- [1] 郑功成.社会保障学[M].北京：中央广播大学出版社，2004.
- [2] 李珍.社会保障理论[M].北京：中国劳动社会保障出版社，2001.
- [3] 王延中.中国的劳动与社会保障问题[M].北京：经济管理出版社，2004.
- [4] 成思危.中国社会保障体系的改革与完善[M].北京：民主与建设出版社，2000.
- [5] 丛树海.公共支出分析[M].上海：上海财经大学出版社，1999.
- [6] 罗尔斯.正义论[M].何怀宏等译.北京：中国社会科学出版社，1988.
- [7] 郑秉文、和春雷.社会保障分析导论[M].北京：法律出版社，2001.
- [8] 王东进.中国社会保障制度的改革与发展[M].北京：法律出版社，2001.
- [9] 宋晓梧.中国社会保障体制改革与发展报告[M].北京：中国人民大学出版社，2001.
- [10]李珍.建立我国农村社会保障制度的理论分析[J].武汉大学学报(哲学社会科学版)，2006(1).

Building the rural medical security system

LAN Xiaoqiang¹

(School of Public finance,08 Docter of Finance)

Abstract: As a part of social security system, medical security system is playing an important role in protecting the most fundamental guarantee of citizen's health right. But because of the cause such as economy, politics, society history, the coverage range of our country rural area health and medical community guarantee system is narrow; the guarantee is horizontal; the peasants are difficult to see doctor; the phenomenon that cause poverty and return to poor is very common. The paper is increased from society justice and impartial, endogenous economy growth theory and anti-poor theory, carried out theoretical analysis of the necessity of the building of the medical system on rural area, analysed the feasibility from the current society policy and social practice, then proposed to establish a multi-level country medical service safeguard system which adapts with the development of economy.

Key words: *The medical security system of rural,Multi-level,Medical rescue, Government responsibility*