**Шлях реформ: від фондів ОМС до фондів соціального страхування**

З уведенням системи обов'язкового страхування охорона здоров'я Володимирській області випробує визначених труднощів.   
У 1995-98 роках ВОФОМС забезпечив надходження страхових внесків у середньому близько 70% від планованого обсягу в дохідній частині бюджету фонду.  
 З підметів до сплати страхових платежів на ОМС непрацюючого населення за останні три роки виконання склало в межах 20-22 відсотків.  
 Через недостачу засобів медичні заснування не доодержали засобу за уже проведену лікувально-профілактичну роботу. З початком поточного року положення не поліпшується. І все це навряд ли набудовує медичних працівників на натхненні працю.   
Сьогодні как ніколи не забезпечується конституційне право населення країни на безкоштовне лікування і соціальні пільги для окремих категорій громадян. Не забезпечується повною мірою пільгова відпустка лік і зубопротезування Знизилася керованість системою охорони здоров'я.  
 Відповідно до Законодавства в системі медичного страхування, організованої по виробничому принципі, на перше місце закономірно поставлене питання про страхові платежі у Фонд ОМС. У важких економічних умовах, при недостачі засобів стали видозмінюватися обсяги базової програми ОМС, що гарантує відносну безкоштовність медичних послуг. Так у минулому році в порівнянні із системи ОМС виведена оплата за проведення періодичних медичних оглядів працівникам ряду виробництв, у тому числі зі шкідливими і небезпечними умовами праці. Понятно, что така оплата відповідно до трудового законодавства повинна виробляється за рахунок засобів роботодавця крім засобів, що відчисляються на обов'язкове медичне страхування.   
Сформовані непроста ситуація в охороні здоров'я трудівника і не-працюючого приводить до того, що єдині складові здоров'я людини починають дробитися по різних відомствах і фінансуватися з різних джерел, Мало того, з'являються різні відомчі підходи до форм і методів турботи про здоров'я   
Виробничі фактори і тимчасова непрацездатність, інвалідність і безробіття, хвороби і лікарська допомога, соціальна підтримка - усе це ланки одного ланцюга в остаточному підсумку, що визначають з-стояння благополуччя конкретної людини, его здоров'я.  
 Известно, что праця лікаря, медичного працівники лише важлива, але не однозначна частина в збереженні здоров'я пацієнта.   
Можливість пацієнта придбати необхідні ліки, харчування, умови праці і побуту, екологічна обстановка і соціальна напруженість да й багато інших факторів впливають на збереження здоров'я, а при захворюванні - на якнайшвидше видужання.   
 Лікарі, що оперують, добре знають, десять відсотків труда праці - прооперувати ,, а дев'яносто - виходити пацієнта після операції.  
 Системний, єдиний підхід до охорони здоров'я людини - єдино правильний і, що украй важно, економічно доцільний шлях збереження здоров'я нації.  
 Досвід вітчизняного соціального страхування в період НЭПа (1923 р.) показує, що спроби такого єдиного підходу в збереженні здоров'я населення країни уже починалися. Страхові тарифи по соціальному страхуванню були об'єднані місцевими (районними, повітовими, окружними) страховими касами і розподілялися по так називаних операційних фондах: на тимчасову непрацездатність, на родопоміч, на інвалідність, на безробіття, на лікувальну допомогу. Обчисливши майбутній доход, страхова каса виділяла частину засобів, що підлягають передачі органам охорони здоров'я. Медична допомога, що робиться охороною здоров’я, цілком фінансувалася за рахунок даного страхового лікувального фонду.  
 Існували ще запасні фонди лікувальної допомоги. Підприємства і заснування вносили внески відповідно до умов праці і шкідливістю виробництва.  
 Страхові фонди, крім фінансової підтримки, брали участь у розробці і проведенні в життя планів організації соціальної і медичної допомоги. Медикам пред'являлася вимога витрачати кошти лікувального фонду только на обслуговування застрахованих, тому що вважалося, що ці засоби йдуть і на інші мети.  
 На жаль, надалі "строге дотримання соціально-класового підходу в медобслуговуванні індустріального пролетаріату" і державно-політизований підхід до охорони здоров'я в цілому тільки скомпрометували і медичне страхування і вся охорона здоров'я.   
Не підлягає сумніву, що сьогодні актуально єдність цілей органів соціального захисту населення, охорони здоров'я, обов'язкового медичного страхування. Одним їхній таких шляхів є єдиний підхід до збереження здоров'я конкретної людини. Очевидно що для того, щоб не допустити виникнення хвороби і не затрачати великі фінансові засоби на надання медичної допомоги, логічніше і набагато економічніше попередити виникнення патологічного процесу. А для цього повинна бути відновлена система попереджувальних профілактичних заходів. Зрозуміло, що діяльність ця повинна бути підкріплена економічно.   
І як підказують історичний досвід уведення медичного страхування в Росії, деякі організаційні форми такої діяльності відпрацьовані в той або іншому ступені. Порию нове - забуте старе.   
Консолідація устремлінь багатьох зацікавлених облич і організацій у питаннях збереження здоров'я конкретної людини, адресна допомога соціального напрямку може бути реалізована в об'єднанні фондів соціального й обов'язкового медичного страхування.   
Спочатку експериментальна апробація цього положення в окремих регіонах країни, надалі може стать одним зі шляхів дозволу тих протиріч, що нагромадилися в системі охорони здоров'я на регіональному рівні.