

Krzysztof Prętki

Spółdzielnia zdrowia jako koncepcja rozwoju opieki zdrowotnej na wsi w okresie II Rzeczypospolitej

Keywords: The health cooperative society, Poland's Second Republic

Summary

The paper characterizes and analyzes the health cooperative society as a concept to develop medical care in the rural areas of the Second Republic of Poland. There were two models of medical care in the rural areas at that time: the health cooperative societies and the health centers. The health centers were supported by the state, contrary to the health cooperative societies. These cooperative societies were an interesting attempt to improve medical care in the country. They were established by the citizens on their own initiative.

Rozpatrując kwestię opieki zdrowotnej dla mieszkańców wsi w okresie II Rzeczypospolitej należy zauważyć istniejącą wówczas nierówność w dostępie do świadczeń zdrowotnych ludności miejskiej i wiejskiej, będącą jaskrawym zaprzeczeniem tezy, iż rozmieszczenie lekarzy w państwie powinno zapewniać dostępność pomocy lekarskiej wszystkim obywatelom. W wielu przypadkach dla mieszkańca wsi lekarz był zupełnie niedostępny, gdyż dojazd do niego był niemożliwy, a z kolei transport lekarza do chorego był niezwykle kosztowny. Jak zauważył jeden z lekarzy praktykujących w województwach zachodnich: „Wobec wygórowanych stawek w praktyce prywatnej (wizyta w obrębie 7 km – 15 zł, dalej – 30 do 100, poród 100–150 i więcej), a oprócz tego wymagania lekarzy na pokrycie przejazdu samochodem, dalsze wsie i osiedla położone z dala od miast, są faktycznie pozbawione najprymitywniejszej opieki lekarskiej”¹. W jego opinii

¹ M. Kacprzak, *Stan opieki nad zdrowiem ludności wiejskiej*, [w:] *W walce o zdrowie wsi polskiej. Referaty wygłoszone na konferencji, poświęconej opiece lekarskiej na wsi, zwołanej przez Instytut Spraw Społecznych w Warszawie w dniach 31.I – 1 i 2.II.1937*, Warszawa 1937, s. 16.

wskutek wysokich honorariów lekarskich i wysokich cen leków, mieszkańcy wsi „odzwyczaili się od leczenia i wolą umierać”².

Kazimierz Wyszomirski zauważył wręcz, że polska wieś była wyjęta spod prawa na odcinku opieki zdrowotnej i kwestii higienicznych, a potrzeby higieniczne wsi nie były realizowane, gdyż „nasza wieś w całych połaciach kraju żyje pod względem higienicznym o wiele czasami gorzej, niż świnki u Duńczyka, Szweda”³.

Franciszek Ksawery Cieszyński, lekarz społecznik, w następujący sposób w 1934 r. opisywał sytuację w opiece zdrowotnej mieszkańców wsi: „Niedomaganie Polski pod tym względem jest prawie największe pomiędzy wszystkimi krajami Europy, gdyż nie tylko, że mamy poza Litwą, Jugosławią i Egiptem najmniejszą liczbę lekarzy w stosunku do ludności, lecz i rozmieszczenie tej małej liczby lekarzy jest tak nierówne, iż większość ich mieszka w większych skupieniach miejskich, a mniejsze miasta i wsie mają pomoc lekarską bardzo utrudnioną, jeżeli nie zupełnie niedostateczną. Rzecz jasna i oczywista, że przy tak utrudnionej wzgl. zupełnie niedostępnej pomocy lekarskiej w małych miastach i wsiach zdrowie ludności wiejskiej i małomiasteczkiej pozostawia bardzo dużo do życzenia, zarówno co do chorobowości jak i śmiertelności. Dzieje się to, mimo, że na wsiach świeżego powietrza i słońca jest pod dostatkiem i żywności na ogół dosyć. Przyczyną tego stanu rzeczy jest oczywiście nieuświadomienie higieniczne, które idzie w parze z ciemnotą, tą matką nędzy, a którym zaradzić mogą jedynie oświata i łatwo dostępna opieka lekarska. Jeżeli zatem chcemy, aby cielesne i duchowe zdrowie narodu stało się istotnie doczesnym celem naszych dążeń i usiłowań, musimy w miarę możliwości stopniowo rozbudowywać organizację opieki lekarskiej tak, aby lepiej mogła objąć również ludność małomiasteczką i wiejską. Ponieważ wśród tejże ludności ciemnota i nędza są zbytnio rozpowszechnione więc i zadanie opieki lekarskiej jest na razie olbrzymie i wymaga sił wielkich”⁴.

W opinii J. Babeckiego, wyrażonej w 1939 r., pomoc lekarska dla ludności wiejskiej była jedyną dziedziną życia publicznego, „w której stoimy dziś gorzej, niż przed wojną, i winę tego stanu rzeczy ponosi w dużej mierze świat lekarski, który nie umiał obronić praw chorego do publicznej opieki zdrowotnej. Przed wojną światową ludność całego kraju, choć na różnych podstawach, miała prawo do bezpłatnego leczenia szpitalnego, które jest niewątpliwie najważniejsze dla ludności ubogiej i najbardziej zarazem rujnujące”⁵.

2 Ibidem.

3 K. Wyszomirski, *Spółdzielnia Zdrowia w walce o zdrowie wsi*, „Zdrowie Publiczne” 1939, nr 2, s. 76.

4 F. K. Cieszyński, *Opieka nad zdrowiem wsi a spółdzielczość*, „Spółdzielczy Przegląd Naukowy” 1934, nr 10, s. 10.

5 J. Babecki, *Możliwości rozciągnięcia ubezpieczenia społecznego na wypadek choroby na wsi*, „Zdrowie Publiczne” 1939, nr 2, s. 68.

Ideą, która miała wydobyć mieszkańców wsi z wieloletniej bierności i narzekania, oraz być ideałem wychowania obywatelskiego, była koncepcja spółdzielni zdrowia, opartej na doświadczeniach funkcjonowania jugosłowiańskiego systemu spółdzielni zdrowia, powstałego 21 listopada 1921 r. z inicjatywy jednego z serbskich chłopskich lekarzy, doktora Gabriela Kojicia, późniejszego sekretarza generalnego jugosłowiańskiego Czerwonego Krzyża, który propagował hasło: „Sami chłopci muszą ująć sprawy zdrowia swego w swoje ręce”⁶. Według K. Łazarowicza spółdzielnie zdrowia w Jugosławii powstały dlatego, że ministerstwo zdrowia w tym państwie skupiło swoją uwagę głównie na kwestiach sanitarnych (np. zaopatrzeniu mieszkańców Dalmacji w wodę) i zwalczaniu chorób zakaźnych i społecznych (np. poprzez utworzenie ośrodków zdrowia), w ten sposób zaniedbując pozostałe kwestie lecznicze⁷.

Kazimierz Wyszomirski wspominał, iż inicjatywa organizowania spółdzielni zdrowia pojawiała się wszędzie tam, gdzie rozwijał się ruch spółdzielczy, zauważalne było zacofanie higieniczne wsi oraz wyzysk chłopów przez okolicznych znachorów i lekarzy⁸.

Władysław Jenner, charakteryzując znaczenie spółdzielczości w programie gospodarczym Polski, wskazał w 1932 r., że „należy nam przede wszystkim w duszy i w sercu najszerzych warstw naszego społeczeństwa wyplewić chwasty naszej, sobkowskiej ambicji, niedozwalającej nawet ruchliwszym jednostkom pokonać bezradność i niemoc stworzenia sobie, społeczeństwu i Państwu najlichszych warunków bytu, a w jej miejsce należy wszczepiać zapał dla opartej na solidarności i samopomocy działalności zbiorowej, – zwłaszcza tam, gdzie w interesie pewnych grup jednostek stwierdzona przez nich ich niższość ekonomiczna, tego wymaga”⁹. Ruch spółdzielczy w opinii Jennera miał być oparty o zasadę sprawiedliwości społecznej, stając się w konsekwencji powszechnym systemem gospodarczym, twórcą wartości materialnych i moralnych oraz fundamentem potęgi niepodległego państwa¹⁰.

Ideę spółdzielni zdrowia propagował K. Wyszomirski, który podczas pobytu w Jugosławii zapoznał się z funkcjonowaniem spółdzielni zdrowia. Po powrocie do Polski rozpoczął on propagowanie tej właśnie koncepcji w szeregu artykułach w pismach politycznych, ludowych, spółdzielczych, rolniczych, samorządowych, a także w broszurach i odczytach. Przykładem może być artykuł *Spółdzielnie zdrowia w Jugosławii*¹¹, zamieszczony w „Spółdzielczym Przeglądzie Naukowym” we wrześniu 1934 r., którego odbitka była pierwszą w Polsce broszurą

6 K. Wyszomirski, *Spółdzielnie zdrowia*, [w:] *W walce o zdrowie wsi polskiej...*, s. 205.

7 K. Łazarowicz, *Spółdzielnie Zdrowia*, „Nowiny Społeczno-Lekarskie” 1938, nr 13–14, s. 215.

8 K. Wyszomirski, *Spółdzielnie zdrowia na wsi*, Warszawa 1961, s. 13.

9 W. Jenner, *Ekonomia ruchu spółdzielczego*, Lwów 1932, s. 188–189.

10 Ibidem, s. 191.

11 K. Wyszomirski, *Spółdzielnie zdrowia w Jugosławii*, „Spółdzielczy Przegląd Naukowy” 1934, nr 9, s. 3–9.

dotyczącą spółdzielni zdrowia¹². Kazimierz Wyszomirski w następujący sposób relacjonował opinie społeczne na temat jugosłowiańskich spółdzielni zdrowia: „Gdy rozmawiałem z tymi chłopami, to o swojej spółdzielni opowiadali mi, jak o jakiej świętości. Jeden z nich mówił: Nasza spółdzielnia to nasze najukochańsze dziecko. Myśmy tu wszystko sami robili; wozili piasek, cegłę, bielili i t. p. A lekarze nasi – to «anioły stróże». Oni nie mają interesu w tem, aby nas jak najwięcej chorowało. Dlatego zapobiegają chorobom, nim się one pojawią”¹³.

Głównym propagatorem idei spółdzielni zdrowia był Ignacy Solarz, który w następujący sposób opisywał początki swojego zainteresowania wspomnianą ideą: „Ten nowy pomysł pociągał mnie i ze względów społeczno-wychowawczych. Pomysł był słowiański i wyrastał z ducha przechowanego przez chłopów. Polacy tak mało wierzyli dotąd w siebie i dzisiaj przede wszystkim chcą naśladować zagranicę, a w chłopów ciągle jeszcze wmawia się niższość i zdolność raczej do spożywania wytworów rzekomo «wyższych» warstw społecznych. Pochodzenie i źródła spółdzielni zdrowia będą więc argumentami uzdrawiającymi także chorującą naszą psychikę społeczną”¹⁴.

Klemens Łazarowicz z kolei w następujący sposób opisywał zalety spółdzielni zdrowia w artykule na łamach czasopisma „Nowiny Społeczno-Lekarskie” w 1938 r.: „Rozpatrując sprawę z najogólniejszego punktu widzenia, musimy zaliczyć fakt powstawania spółdzielni zdrowia za zjawisko bardzo dodatnie. Dzięki spółdzielniom zdrowia ludność wiejska ma udostępnioną pomoc lekarską, gdyż nie potrzebuje odbywać dalekich wędrówek do lekarza, mieszkającego w mieście, a więc nie traci czasu i nie ponosi kosztów lokomocji jednocześnie zaś ma obniżone opłaty za poradę lekarską. W razie obłożnej choroby może za przystępną opłatą sprowadzić lekarza do domu (z powodu małych odległości mniejsza strata czasu dla lekarza i mniejszy koszt lokomocji). Stały pobyt lekarza na wsi i stałe obcowanie jego z ludnością, poznanie warunków, wśród których ta ludność żyje, niewątpliwie musi przyczynić się do podniesienia kulturalnego wsi. Powstawanie spółdzielni zdrowia jest dowodem, że nasza ludność zaczyna sobie skutecznie sama radzić, udział mieszkańców wsi w zarządzie spółdzielni jest również dobrą szkołą dla wyrobienia gospodarczego i społecznego ludzi”¹⁵.

Jan Danielski, poddając analizie spółdzielni zdrowia nadmienił, że „mają one za zadanie przede wszystkim udzielanie pomocy leczniczej i położniczej i dostarczanie leków po niższej cenie. Jako system uzupełniający ogólną akcję ochrony zdrowia ludności wiejskiej, spółdzielnie zdrowia mogą okazać się użyteczne, jednak system ten nie posiada cech powszechności, nie może ogarnąć

12 I. Solarz, *Historia powstania Spółdzielni Zdrowia w Markowy*, „Spółdzielczy Przegląd Naukowy” 1937, nr 8–9, s. 29.

13 K. Wyszomirski, *Spółdzielnie zdrowia w Jugosławii...*, s. 7.

14 I. Solarz, op. cit., s. 30.

15 K. Łazarowicz, op. cit., s. 215.

wszystkich zagadnień zdrowotnych w terenie i nie może być ściślej związany z ogólną organizacją publicznej służby zdrowia. Poza tym, jako system oparty na dobrowolności udziału, spółdzielnie zdrowia nie mają podstaw trwałości i ciągłości, wymaganej w tego rodzaju akcji”¹⁶.

Stanisław Kosiński, oceniając koncepcję spółdzielni zdrowia, odnotował z kolei: „Spółdzielczy model wiejsko-małomiasteczkowej służby zdrowia miał wiele zalet i szanse na masową realizację, gdyby nie obawa lekarzy, że stanowi on potencjalne zagrożenie dla prywatnej praktyki, podobnie jak Kasy Chorych. Od wiejskiej spółdzielczości zdrowia dystansowały się również władze państwowe, dopatrując się w nim wpływów radykalnego ruchu chłopskiego. Model wiejskiej służby zdrowia w wersji spółdzielczej nie mógł szerzej się rozwinąć, skoro nie uzyskał akceptacji istotnych ośrodków opiniotwórczych, jakimi były władze państwowe i środowisko lekarskie”¹⁷.

Opracowanie wzorcowego statutu spółdzielni zdrowia zostało powierzone Narodowemu Instytutowi Spółdzielczemu, który utworzył komisję statutową, zajmującą się opracowaniem ramowego statutu spółdzielni zdrowia. Statut ten następnie z niewielkimi zmianami został zaakceptowany przez władze spółdzielni zdrowia w Markowej w powiecie łańcuckim w województwie lwowskim, która miała prowadzić swoją działalność na obszarze siedmiu wsi, liczącym około 10 000 ludności¹⁸.

W pierwotnej wersji statutu scharakteryzowano, że celem spółdzielni było podniesienie zdrowia swych członków i współdziałanie w ich rozwoju kulturalnym. W tym celu spółdzielnia zapewniała swoim członkom w przypadku choroby tanią opiekę i poradę lekarską oraz dostarczała lekarstwa po niższej cenie, umożliwiała też im nabywanie przedmiotów potrzebnych do podniesienia zdrowotności, tworzyła, utrzymywała i prowadziła zakłady dla ratowania i pielęgnowania zdrowia, a także udzielała pożyczek lub innej pomocy w przypadku ciężkiej choroby lub śmierci członków¹⁹.

Statut Spółdzielni Zdrowia w Markowej został skierowany przez Zarząd Spółdzielni 5 lutego 1936 r. do Sądu Okręgowego w Rzeszowie w celu dokonania wpisu do rejestru handlowego. Sąd Okręgowy na posiedzeniu niejawnym w dniu 27 marca 1936 r. odmówił zarejestrowania spółdzielni.

Władze spółdzielni dokonały następnie zmian w statucie w części dotyczącej celów i środków działalności spółdzielni. W nowym statucie wskazano, że

16 J. Danielski, *Powszechna opieka lekarska na wsi*, [w:] *W walce o zdrowie wsi polskiej...*, s. 170.

17 S. Kosiński, *Spoleczno-kulturowe i strukturalne przemiany warunków zdrowotnych polskiej wsi (1864–1980)*, Lublin 1983, s. 116.

18 J. Chrzanowski, *Pierwsza w Polsce spółdzielnia zdrowia w Markowej*, „*Nowiny Społeczno-Lekarskie*” 1938, nr 8, s. 118.

19 I. Solarz, op. cit., s. 42.

celem spółdzielni miało być podniesienie stanu gospodarczego swych członków i polepszenie ich zdrowia przez prowadzenie wspólnego przedsiębiorstwa leczniczego, które miało udostępniać i ułatwiać leczenie, obniżyć jego koszt, a także współdziałać z członkami w ich rozwoju moralnym i kulturalnym. W tym celu spółdzielnia zdrowia miała tworzyć i prowadzić własną lecznicę, poradnię lekarską, domy zdrowia, szpitale, kąpieliska, uzdrowiska, łaźnie dla ratowania i pielęgnowania zdrowia członków, utrzymywać lekarzy, położne, pielęgniarki i innych pracowników zdrowia, udzielać członkom porad, pomocy i opieki lekarskiej za niewygórowaną opłatą, nabywać przedmioty dla ratowania i pielęgnowania zdrowia, prowadzić własną aptekę, udzielać pożyczek lub innej pomocy w razie ciężkiej choroby lub śmierci niezamożnych członków (gdy posiadała na to odpowiednie fundusze), krzewić zasady zdrowia wśród członków i dbać o zdrowotne warunki ich życia, urządzać dla członków przedsięwzięcia kulturalne, bibliotekę, odczyty, pielęgnować obyczaje społecznego współdziałania, popierać działalność innych spółdzielni, a także współdziałać moralnie i materialnie w pracy kulturalnej z innymi stowarzyszeniami wiejskimi²⁰.

Drugi wniosek o rejestrację został wniesiony 24 lipca 1936 r. i tym razem Spółdzielnia Zdrowia w Markowej została w dniu 6 października 1936 r. wpisana do rejestru handlowego²¹.

Władysław Ciekot – opisywany przez K. Wyszomirskiego jako „jeden z pierwszych najodważniejszych lekarzy w Polsce”²² – oceniając trudne początki powstania spółdzielni zdrowia, wskazał: „Początki rzeczy nowych są zawsze trudne. I tutaj zmarnowano wiele energii i czasu na przewyciężenie nieufności do nowej placówki. Organizatorzy, uzbrojeni wielką siłą woli, wiarą w słuszność sprawy, nie ulegli się trudności, choć nie obeszło się bez posądzenia, którym się dziś u nas często operuje, że to robota komunistyczna”²³.

Spółdzielnia Zdrowia w Markowej napotykała na szereg trudności w swoim funkcjonowaniu. Jedną z nich był brak lekarza przez półtora roku od chwili zarejestrowania spółdzielni.

Powyższą sytuację tak opisywał K. Wyszomirski: „Na służbę do chłopa nie pójdziemy – mówili ci lekarze, którym nie w smak poszło zorganizowanie społecznej placówki lekarskiej i którzy obawiali się o własną kieszeń. A nawet ci, którzy w głębi ducha przekonani byli o słuszności powstania takiej spółdzielni na wsi, obawiali się «narazić» swoim starszym i na ogół poważanym kolegom”²⁴. W następujący sposób opisywał także zalety lekarza spółdzielczego: „W wa-

20 W. Ciekot, *Spółdzielnia zdrowia w Markowej w świetle dotychczasowych doświadczeń*, „Zdrowie Publiczne” 1939, nr 2, s. 70.

21 I. Solarz, op. cit., s. 38–43, 47.

22 K. Wyszomirski, *Spółdzielnia Zdrowia w walce o zdrowie...*, s. 78.

23 W. Ciekot, op. cit., s. 69.

24 K. Wyszomirski, *Spółdzielnie zdrowia na wsi...*, s. 13.

runkach, kiedy wezwanie lekarza do chorego na wieś nierazdo kosztowało krowę, a lekarstwo w odległej aptece – cielaka, lekarz opłacany ze świadczeń członków spółdzielni i drobnych opłat za wizyty, stawał się prawdziwym przyjacielem chorego. On leczył, a nie był materialnie zainteresowany w cudzym nieszczęściu”²⁵.

Lekarz spółdzielczy miał mieć zapewnione bezpłatne mieszkanie, podstawowe wynagrodzenie w kwocie 200 zł oraz 15% od wszystkich wpływów za pomoc i porady lekarskie, co miało sprzyjać regulowaniu wynagrodzenia w zależności od ilości i jakości pracy lekarza. Nie istniała możliwość praktyki prywatnej lekarza spółdzielczego, jednakże istniała możliwość korzystania ze świadczeń spółdzielni ze strony wszystkich mieszkańców, którzy nie byli członkami spółdzielni, przy zastosowaniu wyższych opłat za porady lekarskie²⁶. Członkiem spółdzielni zdrowia mógł zostać każdy, kto nie działał na jej szkodę, opłacił udział 10 złotych i wpisowe 50 groszy. Członkowie korzystali z tańszych porad lekarskich, bowiem płacili 2 złote za pierwszą poradę, 1 zł za następną poradę w tej samej chorobie, 6 zł za poradę w domu (bez względu na odległość). Osoby, które nie były członkami płaciły 30–50% drożej. Liczba członków spółdzielni zdrowia w Markowej na dzień 1 stycznia 1939 r. przekraczała 500 osób ubezpieczonych, a fundusz udziałowy wynosił ponad 4 000 zł. W roku 1938 lekarz spółdzielczy przyjął 3 350 chorych, z czego zanotowano 156 wyjazdów, 120 bezpłatnych porad ciężarnym i niemowlętom z rodzin członków, 64 większe zabiegi, 215 bezpłatnych porad dla ubogich, 576 opatrunków²⁷.

Władysław Ciekot, podsumowując funkcjonowanie spółdzielni zdrowia podkreślał, iż jej podstawę finansową stanowiły udziały członkowskie oraz opłaty za świadczenia medyczne. Przyczyniła się ona – poprzez wprowadzenie konkurencji – do obniżki opłat za usługi medyczne pobieranych przez lekarzy prywatnie praktykujących i w konsekwencji była regulatorem cen za porady²⁸.

Józef Dominko, opisując trudności, które legły u podstaw spółdzielni zdrowia, wskazał: „Niełatwe to było zadanie. Należało znaleźć odpowiedni lokal na pomieszczenie wszystkich urządzeń leczniczych (sala przyjęć, ambulatorium lekarskie i dentystryczne, apteka podręczna), oraz na mieszkania dla lekarzy i personelu pomocniczego, następnie zebrać odpowiednio duży fundusz udziałowy, zabezpieczyć pokrycie z opłat za leczenie, kosztów utrzymania całego zespołu ludzi, zorganizować rachunkowość i kontrolę”²⁹.

25 Ibidem.

26 I. Solarz, op. cit., s. 43.

27 W. Ciekot, *Spółdzielnie zdrowia i ich możliwości rozwojowe w Polsce*, Lwów 1939, s. 257.

28 Idem, *Spółdzielnia zdrowia w Markowej...*, s. 71.

29 J. Dominko, *Ignacy Solarz jako działacz spółdzielczy*, [w:] *Ignacy Solarz i jego uniwersytet ludowy 1924–1939*, wybór i oprac. F. Popławski i S. Dyksiński, Warszawa 1965, s. 91.

Interesującą charakterystykę całokształtu działalności spółdzielni zdrowia przedstawił na łamach czasopisma „Zdrowie Publiczne” w 1939 r. wspomniany już W. Ciekot: „1) Spółdzielnia Zdrowia, mając za zadanie zorganizowanie i podniesienie pomocy lekarskiej na wsi, wciąga do czynnego współdziałania szerokie warstwy chłopskie. Ma to ogromne znaczenie wychowawcze, uczy wieś samorządności, budzi wiarę we własne siły bez oglądania się na pomoc z zewnątrz. Wiadomo, że nie na wiele zdadzą się najlepsze przepisy higieniczne, jeśli są narzucane zwykłą drogą przymusu urzędowego, a nie znajdują dobrej woli czy zrozumienia u zainteresowanych. Dobrowolność jest warunkiem powodzenia spółdzielni. 2) Spółdzielnia Zdrowia, wydobywając fundusze własne społeczeństwa, przychodzi z pomocą Państwu i samorządowi, odciążając je od świadczeń, które mogą być wykorzystane inaczej. 3) Spółdzielnia Zdrowia poza prowadzeniem ambulatorium ogólnego zajmuje się także profilaktyką. 4) Jak wszystkie organizacje spółdzielcze, tak i Spółdzielnia Zdrowia jest zrzeszeniem osób nie kapitałów. Wszyscy członkowie mają równe prawa i obowiązki. 5) Spółdzielnia Zdrowia przewiduje tworzenie funduszy pożyczkowych na wypadek ciężkiej choroby lub śmierci członka. 6) Koszta administracji są bardzo niskie, ponieważ większość funkcji jest pełniona honorowo lub za minimalną opłatą. 7) Spółdzielnia Zdrowia, wprowadzając opłaty za pomoc lekarską, usuwa ewentualne nadużywanie lekarza ze strony członków, co często obserwujemy w ubezpieczalniach społecznych. 8) Określając wysokość opłat za pomoc lekarską, Spółdzielnia obniża w dużym stopniu koszty leczenia w porównaniu z lecznictwem prywatnym. 9) Spółdzielnia nie krzywdzi lekarza, gdyż daje mu pokaźny procent od dochodów, czyniąc go zainteresowanym bezpośrednio w jej rozwoju, oraz zmuszając go do pracy nad sobą. 10) Czynnikiem społecznym jest pracodawcą lekarza, rozwija nad nim pewną kontrolę. Dla dobrego lekarza demokracja kontrola ta nigdy nie będzie uciążliwą”³⁰.

W jego opinii spółdzielnie zdrowia, realizując na obszarze wsi program sanitarny państwa, powinny uzyskać jego pomoc w walce z chorobami społecznymi, oraz powinny być zwolnione od uiszczania podatków i opłat skarbowych, a także mieć prawo prowadzenia własnych aptek spółdzielczych. Ubezpieczalnie Społeczne powinny z kolei przekazywać swoich ubezpieczonych, zamieszkałych w obszarze działania danej spółdzielni zdrowia, jej opiece lekarskiej³¹.

Na znaczenie pomocy państwa i samorządów dla spółdzielni zdrowia zwracał również uwagę K. Wyszomirski, uznając, że był to dla tych instytucji święty obowiązek³².

30 W. Ciekot, *Spółdzielnia zdrowia w Markowej...*, s. 74–75.

31 Ibidem, s. 75.

32 K. Wyszomirski, *Spółdzielnia Zdrowia w walce o zdrowie...*, s. 78.

Podobne opinie odnośnie roli i znaczenia instytucji państwa w polityce zdrowotnej wyrażał także Tomasz Janiszewski w artykule *Co znaczy czuć i myśleć społecznie*, opublikowanym w czasopiśmie „Nowiny Społeczno-Lekarskie” w 1927 r., w którym ocenił, że pierwsza wojna światowa wysunęła na pierwszy plan we wszystkich państwach rozwiniętych kwestie higieniczno-społeczne, takie jak: walka z chorobami zakaźnymi, śmiertelnością, brakiem dobrych mieszkań oraz potrzebę rozwoju ubezpieczeń społecznych, konieczność analizy przyczyn upadku tężyzny fizycznej i sposobów jej poprawy, badania sposobów odżywiania się społeczeństwa i szereg postulatów eugenicznych. Postulował, aby w obszarze zainteresowania rządu znalazło się zapobieganie i walka z chorobą oraz życie i zdolność do pracy każdego obywatela, dlatego, że od ilości i jakości ludności zależał byt narodów i państw. W jego opinii zdrowie i życie ludzkie nie mogło być uważane tylko za dobro osobiste, indywidualne i prywatne, ale także miało określoną wartość społeczną i wspólnotową. Podkreślał przy tym wzajemne zależności oraz związki polityki populacyjnej i polityki zdrowotnej, której obowiązek prowadzenia nakładał na struktury państwa³³.

Podsumowując rozważania dotyczące spółdzielni zdrowia w okresie II Rzeczypospolitej warto podkreślić, że spółdzielnie zdrowia były – obok ośrodków zdrowia – jednym z dwóch modeli opieki zdrowotnej dla mieszkańców wsi w tamtym okresie. Napotykały w swojej działalności szereg problemów, wśród których można wyróżnić m.in. brak wsparcia administracji państwowej w realizacji zadań z zakresu opieki zdrowotnej dla ludności wiejskiej.

33 T. Janiszewski, *Co znaczy czuć i myśleć społecznie*, „Nowiny Społeczno-Lekarskie” 1927, z. 5, s. 131.